

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

405

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DOLLÉ, Émile, Henri, Léon

Né le 20 Janvier 1907, à Vaux-Vraucourt (P.-de-C.)

Le traitement des hémorragies par insertion du placenta sur le S. I.

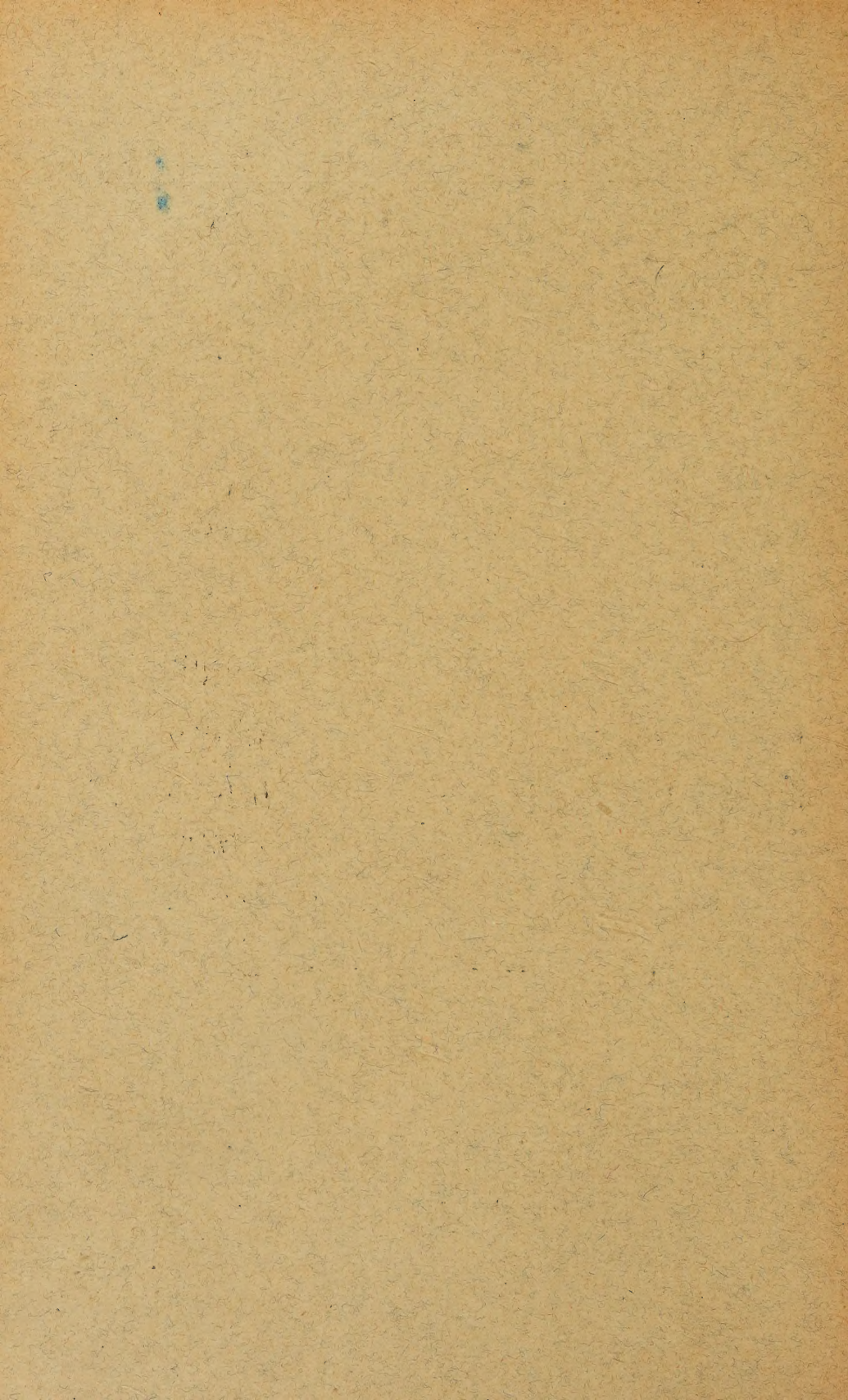
*d'après les observations recueillies dans le service
de M. le Professeur agrégé Marcel METZGER*

Président : **M. Jeannin**, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, RUE CUJAS — PARIS (V^e)

—
1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DOLLÉ, Émile, Henri, Léon

Né le 20 Janvier 1907, à Vaux-Vraucourt (P.-de-C.)

**Le traitement des hémorragies
par insertion du placenta sur le S. I.**
*d'après les observations recueillies dans le service
de M. le Professeur agrégé Marcel METZGER*

Président : **M. Jeannin**, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, RUE CUJAS — PARIS (V^e)

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen G. ROUSSY

MM.
ROUVIERE.

PROUST.
LÉON BINET.
STROHL.
DESGREZ.
ROBERT DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
CLERC.
CHEVASSU.
ROUSSY.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-LAVASTINE.
FIESSINGER.
MAURICE VILLARET.
ACHARD.
BEZANÇON.
CARNOT.
MARCEL LABBE.
LEREBoullet.
NOBECOURT.

H. CLAUDE.

GUILLAIN.
GOUGEROT.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
J.-L. FAURE.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
PIERRE DUVAL.
SERGENT.
LÉON BERNARD.
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie
expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale..
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie...
Pathologie expérimentale et comparée.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie...

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance ..
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des mala-
dies de l'encéphale
Clinique des -maladies cutanées et syphili-
tiques
Clinique des maladies du système nerveux..
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Professeurs sans chaire



II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	ETIENNE BERNARD.
Pathologie médicale	HENRI BENARD.
Pathologie médicale	BOULIN.
Pathologie chirurgicale	BROCCQ.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GAILLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	CATELLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART-D'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	HENRI LABBE.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOL.
Pathologie médicale	GUY LAROCHE.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiâtrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	SENEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie expérimentale	TROKSIER.
Pathologie expérimentale	TURPIN.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT
	(Pasteur).
Ophtalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.

III. . . AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.
	ABRAMI.
	AUBERTIN.
Clinique médicale	BRULE.
	CHIRAY.
	DUVOIR.
	HARVIER.
	LIAN.
	GUENIOT.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
	LEVY-SOLAL.
	METZGER.
	BASSET.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
	HEITZ-BOYER.
	MOURE.
	SCHWARTZ.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR JEANNIN

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGREGÉ MARCEL METZGER

*Qui a bien voulu m'inspirer
cette thèse. Qu'il me soit permis
de lui exprimer toute ma reconnaissance pour l'enseignement qu'il
m'a donné et les conseils qu'il
m'a prodigués.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Tarnier disait : « Si quelque chose pouvait m'éloigner de la pratique des accouchements c'est l'hémorragie du placenta praevia ». Cette affection qui était, semblait-il par là, la terreur de nos Anciens, est sans doute devenue moins fréquente et moins grave puisque, dans les observations recueillies depuis 1925 par M. le Professeur Agrégé Metzger dans les services qu'il a dirigés à Tenon et à Bretonneau, on ne retient que 42 cas d'insertion basse du placenta ayant donné quelque inquiétude sur plus de 16.000 accouchements.

Si l'on voulait rapporter tous les cas de femmes ayant saigné plus ou moins pendant leur grossesse ou leur travail, il est probable qu'on en trouverait des centaines, mais ce sont des cas où tout s'est passé sans accident sérieux dès la rupture des membranes, spontanée (prématurée ou précoce) ou artificielle.

Le traitement des hémorragies par insection vicieuse du placenta n'en est pas moins un problème d'actualité permanente.

Les méthodes obstétricales employées par nos pré-

décèsseurs constituent une pratique déjà ancienne et, lorsqu'on sait les utiliser, elles donnent des résultats dont la mortalité est assez restreinte.

Les procédés chirurgicaux nouvellement préconisés nous offrent des possibilités que nous commençons déjà à pouvoir apprécier. Ils sont nés de l'insuffisance des méthodes obstétricales dans les cas graves, dont les résultats presque toujours désastreux pour les enfants étaient aussi franchement mauvais pour les mères.

Peut-on avancer dans cette voie et étendre sans inconvénient le domaine de la chirurgie ?

A la vérité, il n'est pas possible d'envisager un seul et unique traitement de l'hémorragie par l'insertion vicieuse, étant donné :

— les variétés topographiques du placenta praevia et les altérations tissulaires qui en résultent, En général, si le placenta est anormalement inséré et provoque des accidents, c'est que la muqueuse utérine est malade, ce qui arrive le plus souvent chez certaines multipares atteintes d'endométrite. Le placenta s'insère alors sur le segment inférieur parce que c'est l'endroit où la muqueuse est la moins mauvaise. D'autres placentas volumineux ne saignent pas qui empiètent sur le segment inférieur, mais qui s'insèrent sur une muqueuse saine,

— la diversité de ses aspects cliniques, en ce qui concerne la durée et le degré des hémorragies et leur répercussion sur l'état général.

— la perméabilité, l'état et la longueur du col, l'accès aux membranes,

— la valeur obstétricale de la parturiente,

— le degré d'infection toujours possible,

— la viabilité de l'enfant,

— le moment où l'intervention s'impose.

Il faut, au contraire, être éclectique et choisir après analyse clinique approfondie le mode de traitement qui convient le mieux pour chaque cas.

Nous avons entrepris l'étude comparative des diverses méthodes employées dans le service de M. le Professeur Agrégé Metzger pour en apprécier la valeur absolue et les résultats et nous nous sommes efforcé de conclure en vue d'établir les procédés les plus favorables suivant les circonstances.

I

**ETUDE ET CRITIQUE DES DIVERSES METHODES
DE TRAITEMENT DES HEMORRAGIES
PAR INSERTION BASSE DU PLACENTA**

HISTORIQUE RAPIDE

Nous avons étudié les documents dans lesquels sont exposées les méthodes obstétricales et les traités plus récents des auteurs qui les ont abandonnées pour adopter des procédés chirurgicaux. Nous exposerons brièvement ces différentes techniques qui ont fait le sujet de nombreux ouvrages et nous tenterons de montrer rapidement les résultats qu'on peut espérer en obtenir.

I. - Les procédés obstétricaux.

Ambroise Paré observa le premier, vers 1850, que certaines hémorragies graves survenant chez des femmes en couches étaient en corrélation avec une situation anormale du placenta placé avant l'enfant et, se basant sur ce principe, qu'un utérus vidé de son contenu se trouve dans les meilleures conditions pour réaliser son hémostase, il pensa que dans ces cas particulièrement sérieux on devait se hâter de pratiquer l'accouchement. Cette méthode, dite « accouchement forcé », fut vite reconnue dangereuse et Mauriceau ayant constaté que les mem-

branes provoquent l'hémorragie par la traction qu'elles exercent sur le placenta, conseilla de remplacer l'accouchement forcé par la rupture large de ces membranes. Portal et Puzos recommandèrent également ce même procédé et conseillèrent, en outre, d'abaisser un des pieds du fœtus.

Barnes préconisa la désinsertion du placenta dans la zone de l'utérus correspondant au segment inférieur. Il parlait de ce fait qu'à la fin de la grossesse le segment inférieur se développe plus rapidement que le placenta et que cette croissance provoque le décollement, origine de l'hémorragie. Cette méthode ne réussit pas toujours et Barnes conseilla l'introduction complémentaire d'un ballon pour réaliser l'hémostase.

Vers 1864, Braxton-Hicks proposa la version combinée non suivie d'extraction. Le principe de la méthode était « d'attirer, à travers le col, le pied de l'enfant, agissant comme tampon, sans insister sur la nécessité de faire l'extraction, confiant l'expulsion aux soins de la nature ». L'auteur ajoutait : « J'ai trouvé grand avantage à utiliser ma méthode dans les cas de placenta prævia où l'accoucheur se demande s'il procédera à un tamponnement ou à l'accouchement forcé... Avec ce mode opératoire je n'ai jamais eu d'hémorragie ni interne ni externe pendant le travail ». Cette manœuvre de Braxton-Hicks connut un grand succès et fut surtout employée en Allemagne et en Amérique. Mais les successeurs n'eurent pas la même réserve que l'auteur du procédé; ils

utilisèrent la version d'une façon très large et n'obtinrent pas des résultats excellents, surtout pour les enfants, dont la mortalité fut considérable.

En France, on hésitait à employer ces manœuvres en raison des nombreux cas d'infection qu'elles provoquaient. Tarnier et Budin eurent recours au tamponnement antiseptique.

Dès l'apparition de l'asepsie, Pinard, qui reprochait au tamponnement de masquer souvent l'hémorragie sans l'arrêter et surtout d'être infectant, reprit la rupture large des membranes qui assure le plus souvent l'hémostase et un accouchement artificiellement ramené à des conditions physiologiques.

D'autres accoucheurs revenant à l'idée d'évacuation rapide de l'utérus remplacèrent l'accouchement forcé par ce qu'ils appelèrent « accouchement méthodiquement rapide ». On reprit l'emploi du ballon pour dilater méthodiquement le col, lorsque Champetier de Ribes eut conçu un ballon inextensible, incompressible et indéformable, assurant en même temps une large compression de la zone placentaire et une dilatation douce et progressive du col. Ce procédé donna pour l'époque, d'assez bons résultats.

Tout récemment le professeur Paul Delmas de Montpellier, essaya encore de rénover la méthode d'évacuation rapide de l'utérus en utilisant la grande souplesse provoquée par la rachianesthésie. Ce procédé compte des dangers au nombre desquels il faut citer la possibilité de déchirure du col s'étendant au segment inférieur et l'hypo-

tention artérielle créée par la rachianesthésie. Cette méthode a été employée par un certain nombre d'accoucheurs mais a donné des résultats assez variable ; elle est d'ailleurs encore trop récente pour qu'on puisse en apprécier exactement la valeur.

II. - Les procédés chirurgicaux.

Le traitement chirurgical des hémorragies par placenta praevia, né de l'insuffisance des procédés obstétricaux dans les cas graves, a pour but de supprimer l'acte parturitif.

Il s'attaque à la cause même des hémorragies en éluant le lent effacement physiologique des parties basses de l'utérus, la dilatation du col. Il a l'avantage de pouvoir s'effectuer à n'importe quel moment de la grossesse et du travail quelque soit l'état du col, d'être le seul traitement possible des dystocies complexes, de sauvegarder mieux la vie de l'enfant, d'éviter les déchirures du col et du segment inférieur, de réaliser plus rapidement l'hémostase et, en cas d'infection manifeste de l'utérus, de supprimer le foyer infectieux.

Vers 1882, les chirurgiens ayant déjà obtenu des succès remarquables dans leurs interventions abdominales, quelques accoucheurs reprirent la césarienne conservatrice dans le cas des basins rétrécis ; ils en tirèrent de bons résultats et vers 1890, le chirurgien anglais Lavson Tait, conseilla le premier cette opération en cas de pla-

centa praevia. Il semble que les premières interventions furent tentées en Amérique par Huston-Ford en 1892. D'autres accoucheurs, Harris Shicle, Bernays, Lodemann l'imitèrent bientôt et, en 1900, Dudley fit insérer dans le « New-York médical journal » un article intitulé « La césarienne est le traitement idéal du placenta praevia ».

En France, Lepage publiait à la même époque une observation d'hémorragie grave par insertion basse du placenta dans un utérus fibromateux, traitée avec succès pour la mère et l'enfant par l'opération de Porro. Cependant la césarienne ne fut employée en France qu'exceptionnellement dans des cas de dystocies complexes, généralement lorsque le placenta praevia était associé à un rétrécissement du bassin. On en cite quatre cas de 1900 à 1907, pratiqués par Lepage, Vanverts, Ribemont-Dessaigne et Le Lorier.

C'est en 1908 seulement, que deux accoucheurs allemands Krönig et Sellheim, proposèrent et défendirent nettement la césarienne comme traitement de l'insertion du placenta. Krönig citait six observations de femmes traitées par la césarienne corporéale conservatrice sans mortalité de mère ou d'enfant et Sellheim, huit cas traités par incision extrapéritonéale du segment inférieur de l'utérus. Ces nouvelles méthodes de traitement furent vivement combattues en Allemagne même par A. Martin et en Autriche par Chauta, qui déclara n'avoir pas rencontré parmi les 438 cas de placenta praevia traités dans sa clinique, un seul qui fut justiciable du traitement chi-

rurgical dans le seul intérêt de l'enfant, la vie de la mère étant trop exposée par la césarienne.

En Amérique et en Angleterre les résultats obtenus ne paraissent pas avoir été très bons et on resta assez hostile au nouveau traitement. En Hollande, Treub déclarait en 1910 : « la césarienne en cas de placenta praevia ne mérite qu'une sévère désapprobation ». En France, la réserve restait grande quoique Bar eut accepté la pratique de la césarienne à titre exceptionnel quand la mère n'est pas infectée, l'enfant bien vivant et les conditions bonnes pour l'acte chirurgical. M. Couvelaire, au congrès tenu à Berlin en 1912, traduisait ainsi l'opinion des accoucheurs français : « la pratique systématique de la section césarienne en cas d'hémorragie sérieuse par insertion vicieuse du placenta est injustifiée ». Il semble que cette opinion n'ait pas varié jusqu'en 1920. Aussi le traitement chirurgical fut-il peu pratiqué à cette époque.

Au congrès des obstétriciens et gynécologues de langue française, qui se tint à Paris en 1921, Heurötay conclut à l'emploi de la césarienne conservatrice exclusivement chez les femmes à terme ou près du terme, non infectées, anémiées par des hémorragies répétées ou au cours d'une hémorragie massive, le col étant fermé ; et Couvelaire déclara qu'il ne fallait pas faire courir trop grand risque à la mère dans l'intérêt de l'enfant. Il préconisa le traitement chirurgical dans les cas de dystocie complexe et l'hystérectomie dans tous les cas suspects d'infection.

En Allemagne malgré les critiques violentes dirigées contre les méthodes de Krönig et Sellheim, les procédés chirurgicaux se répandent et s'installent avec Bumm et Döderlein, Mayer et Paukow. Les résultats sont meilleurs pour les mères et les enfants. Pourtant la césarienne est surtout réservée aux cas de placenta central. En Autriche, on reste toujours hostile aux procédés chirurgicaux.

En France M. le professeur Brindeau, introduisit avec Schikel en 1920, la pratique de la césarienne basse et conseilla plus résolument le traitement chirurgical qui n'a fait depuis que se répandre.

Le dernier congrès d'obstétrique et de gynécologie de Paris en 1933 conclut que le traitement chirurgical des hémorragies par insertion vicieuse du placenta ne saurait être pratiqué systématiquement et que, dans les cas où il est nécessaire d'y recourir, on doit pratiquer de préférence la césarienne basse. L'hystérectomie reste recommandée dans les cas d'infection grave et d'hémorragie massive.

CRITIQUE DES DIFFERENTES METHODES

A. - Les méthodes obstétricales classiques sont loin d'être parfaites; elles ne sont pas toujours très efficaces et sont parfois insuffisantes.

1° La rupture large des membranes malgré ses qualités — sa simplicité, son innocuité, son efficacité fréquente — n'est pas toujours facile ni même possible, par exemple dans le cas où l'hémorragie survient chez une primipare dont le col est fermé et imperméable, ou lorsque le placenta recouvre entièrement l'orifice interne du col. De plus, elle n'arrête pas toujours l'hémorragie et on doit la compléter par une version. Son innocuité n'est pas non plus absolument parfaite, puisque la rupture des membranes peut ne pas déclancher le travail et que, pour cette raison, les risques d'infection sont augmentés pour la mère.

2° Le tamponnement peut être dangereux par les risques d'infection qu'il entraîne ou par les traumatismes auxquels il peut exposer le col et le segment inférieur. Il est souvent douloureux et quelquefois insuffisant.

Le tamponnement doit cependant rester comme

moyen d'attente permettant de préparer l'opération et même de transporter la femme avec moins de danger.

3° La dilatation élastique à l'aide de ballons présente des inconvénients multiples : l'application de ces ballons est souvent difficile et fait courir de grands risques d'infection même lorsqu'on prend beaucoup de précautions ; l'hémostase n'est souvent qu'apparente et une version devient alors nécessaire ; de plus, cette méthode est dangereuse pour l'enfant, car elle favorise les présentations vicieuses, la procidence ou la chute du cordon.

Dans le service de M. Metzger il n'existe pas de ballon.

4° La version de Braxton-Hicks précédée de la rupture de membranes constitue souvent une excellente méthode hémostatique mais elle n'est pas toujours possible : il faut pour la réaliser que la dilatation soit assez avancée, il faut de plus que l'utérus ne soit pas rétracté pour permettre l'évolution du fœtus, sinon on risquerait de transformer une présentation verticale en une présentation transverse. En outre, la version ne tient aucun compte de la vie de l'enfant qui se trouve souvent sacrifié.

5° La dilatation manuelle ou instrumentale du col est dangereuse parce qu'elle peut provoquer des déchirures, parfois même des ruptures du col.

6° Le décollement artificiel du placenta n'est acceptable qu'exceptionnellement dans les seuls cas où le col est très dilaté.

Cependant, si ces méthodes classiques ne sont pas

parfaites, on ne peut délibérément les condamner en se basant sur des statistiques dont on doit se méfier et sur le chiffre brut de la mortalité. Evidemment, ces statistiques deviendraient terribles si toutes les femmes à qui on a fait des césariennes étaient mortes à la suite d'un traitement obstétrical. Mais combien y a-t-il de femmes mortes d'accidents consécutifs à une insertion basse du placenta qu'aucun procédé n'aurait sauvées ? Combien y en a-t-il qui, étant donné leur état d'anémie ou d'infection étaient condamnées d'avance ? De même, la plupart des accidents traumatiques ne seraient-ils pas évités si des fautes de technique n'étaient pas commises en évacuant l'utérus ? Devant une femme qui saigne abondamment, l'accoucheur qui ne pense pas toujours à la très grande résistance que les femmes enceintes offrent aux hémorragies, a souvent tendance à hâter l'accouchement. Il intervient parfois avant que la dilatation soit absolument complète, il n'évite pas toujours des déchirures du segment inférieur, surtout lorsqu'il opère la version de Braxton-Hicks.

Toutefois, les accidents ne sont pas toujours le fait d'un accoucheur inexpérimenté ; les altérations et la fragilité du segment inférieur sont souvent causes des lésions traumatiques observées dans le placenta prævia.

En énumérant les critiques qui peuvent être faites aux méthodes obstétricales de traitement de l'hémorragie par insertion basse du placenta, nous nous bornerons simplement à constater que les résultats pourraient être

améliorés si les conditions d'intervention étaient elles-mêmes meilleures.

B. - **Les méthodes chirurgicales**, dont l'emploi tend à se généraliser, sont souvent excellentes et doivent être appliquées dans certains cas où les méthodes obstétricales plus lentes seraient inefficaces et parfois dangereuses. Elles constituent le traitement de choix de l'hémorragie massive, de l'état de Shok et bien souvent de l'infection, en évitant des manœuvres dangereuses sur l'œuf et l'utérus ou, par l'hystérectomie, en empêchant de s'étendre une infection encore localisée dans l'utérus. Elles sont plus sûres, moins aveugles que les méthodes obstétricales, et sauvent un grand nombre d'enfants.

Mais doit-on pour cela les considérer comme parfaites et en conseiller l'application systématique ? La césarienne n'est pas toujours justifiée pour la mère et une femme qui aura saigné, même très abondamment pendant sa grossesse ou au début du travail pourra très bien accoucher spontanément sans qu'on ait besoin de risquer une opération inutile.

La césarienne comporte des risques immédiats et tardifs qui doivent, encore à l'heure actuelle, la faire considérer comme une opération sérieuse. Les risques immédiats sont surtout ceux d'infection, en particulier si la femme est en travail et que la poche des eaux est rompue ; en effet, le placenta prævia, en raison des petites hémorragies fréquentes, des **suintements de sang** qu'elle provoquent qui « font une route tracée pour l'ascen-

sion des microbes dans l'utérus et surtout dans les veines utéro-placentaires », doit être considéré comme une cause prédisposant à l'infection. D'autre part, si on arrête facilement les hémorragies par la césarienne, on se trouve souvent désarmé devant les complications septiques; et c'est une des causes pour lesquelles il faut être prudent dans le choix du traitement.

A côté de ces risques immédiats, il faut considérer les accidents éloignés qui n'apparaissent qu'au cours des grossesses ultérieures. La césarienne laisse en effet un utérus blessé, diminué dans ses moyens et pourvu d'une cicatrice qui pourra être cause de complications.

L'utérus peut contracter des adhérences avec les organes voisins qui gêneront son expansion au cours des nouvelles grossesses, ce qui provoquera des avortements ou accouchements prématurés. La cicatrice est souvent défectueuse en raison même de la nature de l'utérus « post-partum » qui se contracte et mobilise sans cesse la suture; peut-on affirmer qu'elle ne sera pas un jour déficiente ? Elle pourra être cause de rupture utérine au cours d'accouchements ultérieurs.

La césarienne reste donc une opération grave pour la mère à cause des risques d'infection, de la limitation des grossesses et des risques de rupture tardive de l'utérus.

On a surtout invoqué en faveur du traitement chirurgical les résultats bien supérieurs obtenus pour les enfants; la césarienne est-elle toujours justifiée pour l'enfant ? Nous savons combien les enfants dont le placenta

est inséré bas sont souvent des prématurés et des débiles dont la viabilité est très compromise et qui risquent de mourir dans les jours qui suivent la naissance. Certes, beaucoup tirent avantage de l'opération mais celle-ci ne doit être pratiquée qu'à condition de n'être pas néfaste pour la mère.

D'ailleurs, même si l'enfant est mort, l'intervention reste parfaitement indiquée pour la mère en cas d'accidents graves.

II

**RESULTATS OBTENUS DANS LE SERVICE
DE M. LE PROFESSEUR AGREGE METZGER
PAR L'EMPLOI DES DIFFERENTS PROCEDES**

Ainsi que nous l'avons déjà signalé au début de cette étude, les accidents dus à l'insertion basse du placenta constituent une dystocie en somme peu fréquente et qui n'est pas la principale cause de mortalité au cours des accouchements.

Les statistiques qui ont été publiées indiquent pourtant un pourcentage assez élevé de tels accidents. Mais les chiffres qu'elles donnent n'étant pas toujours proportionnés à l'importance des services dans lesquels elles ont été établies, sont sujets à caution. Ces statistiques semblent donc ne pas devoir retenir notre attention.

Dans les services qu'a dirigés M. le docteur Metzger à Tenon et à Bretonneau, de 1925 à 1934, on ne relève, sur plus de 16.000 accouchements, que 42 observations d'hémorragies par insertion basse du placenta, ayant donné quelque inquiétude.

Toutes ces hémorragies, de gravité variable, ont nécessité des procédés de traitement différents que nous allons successivement étudier.

Nous examinerons d'abord les cas où les pertes sanguines furent d'abondance moyenne, puis ceux qui ont nécessité des méthodes complexes de traitement en raison, soit de l'importance des hémorragies, soit des conditions spéciales dans lesquelles se trouvaient la mère ou l'enfant.

A. - Hémorragies de moyenne abondance. — On en relève 17 cas. Ce sont des femmes qui ont un peu saigné pendant leur grossesse ou qui ont présenté, au moment du travail, des pertes sanglantes sans qu'on ait pu sentir, au toucher, une position anormale du placenta. Le diagnostic a souvent été fait au moment de la délivrance par l'examen des membranes dont le petit côté était en général très court (2 à 3 cm.).

L'hémorragie a pu être arrêtée par la simple rupture large des membranes. L'accouchement et la délivrance qui ont suivi ont été généralement naturels et les suites de couches normales.

B. - Hémorragies très abondantes. — On en a observé 25 cas pour lesquels la simple rupture des membranes ayant été insuffisante, on a dû recourir à des manœuvres plus complexes :

— 15 cas ont été traités par des procédés obstétricaux ;

— 10 cas ont nécessité une intervention chirurgicale.

I. - Cas traités par des procédés obstétricaux.

Ils se décomposent de la façon suivante :

a) 5 versions ;

b) 5 embryotomies ;

c) 1 forceps ;

d) 4 cas de rupture des membranes suivie de tamponnement.

a) Les 5 versions ont été pratiquées sur des femmes en travail qui saignaient encore après la rupture des membranes, alors que la dilatation était presque complète et que les bruits du cœur fœtaux étaient normaux.

Deux fois des opérations complémentaires furent nécessaires :

— 1 perforation de la tête dernière chez un enfant hydrocéphale;

— 1 perforation de la tête dernière chez un enfant dont on ne percevait plus les bruits du cœur et dont la tête restait haute sans tendance à s'engager.

b) Les 5 embryotomies ont été pratiquées alors que les bruits du cœur n'étaient plus perçus et que la dilatation était avancée :

— 2 embryotomies rachidiennes dans des cas de présentation de l'épaule;

— 3 basiotripsies sur des têtes hautes qui ne tenaient pas à s'engager.

c) 1 application de forceps en O. P. dans un cas où, la tête étant à la vulve, la femme s'était mise à perdre du sang brusquement en très grande quantité.

d) Le tamponnement a été employé dans 4 cas où, après délivrance, l'hémorragie ne s'était pas arrêtée mais où l'état général de la femme ne présentait pas de signe dramatique ou particulièrement alarmant.

Résultats obtenus. — Parmi ces 15 cas, aucun n'a été fatal pour la mère. Une seizième femme est morte dans des conditions un peu spéciales : c'était une gémellaire

qui avait fait, en même temps que l'hémorragie due au placenta prævia, une hémorragie rétro-placentaire et qui aurait pu être sauvée par une césarienne si les signes cliniques n'avaient pas été trompeurs :

Observation 745. - Année 1924. — Mme K..., 36 ans, Il pare, a eu il y a 2 ans un accouchement prématuré à 8 mois; l'enfant était mort depuis 8 jours. Les dernières règles sont du 2 octobre; la grossesse en cours a évolué normalement. La femme entre dans le service le 2 juillet parce qu'elle a quelques douleurs et perd du liquide clair. A l'examen on trouve un utérus développé transversalement, un peu tendu, comme pour une grossesse près du terme; les bruits du cœur ne sont pas perçus; la présentation est élevée. Le 7 juillet, pertes sanguinolentes. Le 8 juillet, quelques douleurs, la tête s'est engagée; la malade perd du liquide rosé. Le 9 juillet, l'écoulement est franchement rouge; l'état général est bon. Au toucher, on trouve le col entr'ouvert et on sent sur le côté droit le bord du placenta. A 10 heures 40, on rompt largement les membranes; la femme ne perd plus mais elle est pâle, présente quelques sueurs froides et son pouls est à 88. A 14 heures, elle se sent mieux. Elle a des contractions régulières toutes les 5 minutes, la dilatation est de 2 francs, le pouls à 104, bien frappé. A 16 heures, le pouls est encore bien frappé, mais s'accélère à 120, quoique la femme ne saigne pas. A 22 heures 30, l'état s'aggrave brusquement. Le sommet est engagé et la dilatation complète, on pratique une application de forceps et on extrait un enfant mort, macéré,

pesant 1.430 grammes. On s'aperçoit alors qu'il y a un deuxième œuf, on rompt les membranes et on extrait rapidement par version un second fœtus également mort et pesant 1.550 grammes. L'utérus se rétracte bien, il n'y a pas d'hémorragie externe importante mais l'état de la femme est très mauvais. On pratique la délivrance artificielle et l'on remarque que la corne droite, correspondant au deuxième placenta, est remplie de caillots. La malade meurt à ce moment. Elle avait eu une hémorragie externe par placenta inséré bas pour le premier œuf et une hémorragie rétro-placentaire interne pour le deuxième œuf.

La mortalité maternelle est de 1 pour ces 16 cas, soit 6,2 p. 100. Sur les 3 enfants extraits par versions simples, 2 sont nés vivants, le troisième aurait pu être sauvé. L'enfant né après application de forceps et les 4 enfants dont l'extraction a été suivie de tamponnement sont nés vivants. La mortalité infantile, très élevée, est de 9 sur 16 cas, soit 56,2 p. 100.

II. - Méthodes chirurgicales.

M. le docteur Metzger, considérant que la césarienne est encore à l'heure actuelle une opération sérieuse et qui comporte pour la femme des risques immédiats ou tardifs, les interventions chirurgicales faites dans son service comme traitement de l'hémorragie par placenta prævia ont été soumises aux conditions suivantes :

- a) la grossesse doit être à terme ou près du terme;
- b) l'enfant doit être vivant;

c) l'œuf ne doit être ni infecté, ni sous menace d'infection.

Sur les dix cas rapportés, deux seuls ne répondent pas exactement à ces conditions. Il s'agit chaque fois d'une grossesse au septième mois au cours de laquelle la femme a eu plusieurs hémorragies.

Dans l'un des cas, l'enfant est mort, dans l'autre, il était certainement débile, la femme ayant beaucoup saigné.

Dans ces deux cas, l'hémorragie fut traitée par évacuation rapide de l'utérus au moyen de la césarienne vaginale compliquée d'embryotomie.

Les huit autres cas furent traités :

— 2 par césarienne basse;

— 6 par césarienne corporéale classique.

Outre les conditions requises, qui se trouvaient chaque fois réalisées, d'autres éléments en faveur de l'intervention avaient été apportés :

1° Par l'abondance de l'hémorragie survenant chez une femme déjà anémiée antérieurement par des pertes sanguines au cours de sa grossesse;

2° Par l'état du col, toujours non effacé ou très peu dilaté;

3° Par la variété d'insertion du placenta, central dans six des cas et recouvrant entièrement l'orifice interne du col;

4° Par la position anormale du fœtus qui, dans deux cas, se trouvait en transverse.

Résultats obtenus. — Sur les 10 cas :

— 1 femme est morte d'hémorragie après une césarienne haute classique;

— 2 enfants ont été extraits après embryotomie;

— 2 enfants débiles sont morts une heure après la naissance;

— 1 enfant débile est mort au bout de 8 jours.

Ces résultats globaux ne sont guère supérieurs à ceux obtenus par les procédés obstétricaux de traitement.

Nous examinerons en détail les différents cas :

a) Césariennes vaginales. - 2 cas.

Elles ont été néfastes pour les enfants puisqu'ils ont été extraits après embryotomie.

Dans l'un des cas, l'état de la mère a été aussitôt amélioré par l'intervention.

Dans l'autre cas, l'hémorragie ne s'est pas arrêtée, même après deux tamponnements complémentaires et, l'état général de la femme s'aggravant malgré les injections de sérum, on a dû avoir recours à l'hystérectomie. (Observation 182, année 1933.)

Observation 182. - Année 1933. — Résumé. — 11 pare, 25 ans. Hémorragies de la grossesse et du travail. Placenta central. Césarienne vaginale suivie d'hystérectomie. Guérison.

Mme N..., 25 ans, 11 pare. A eu une première grossesse normale en 1931, suivie d'un accouchement naturel à terme. Enfant mort-né. Les dernières règles sont du 14 au

18 juin. A la fin de juillet, la femme a une petite hémorragie; le 15 août, nouvelle hémorragie plus importante et évacuation d'un gros caillot. Depuis, la grossesse a évolué normalement. En décembre, la femme vient consulter, on diagnostique un siège et on tente une version qui ne réussit pas; 15 jours plus tard, nouvelle tentative, la version se fait mais ne reste pas. Le 8 février, vers 20 heures, la femme se sent mal à l'aise et se met à perdre abondamment du sang; une sage-femme appelée fait le diagnostic de placenta prævia et envoie la femme à l'hôpital. A son entrée, à 21 heures 30, la femme saigne peu; elle est pâle, son pouls est à 120. On fait 500 cc. de sérum. A l'examen, on confirme le diagnostic, et M. Couinaud décide d'intervenir immédiatement.

Intervention (Dr Couinaud). — Césarienne vaginale. Incision des lèvres antérieure et postérieure du col; on passe à travers le placenta. C'est un siège complet; on abaisse un pied, puis l'autre. La tête dernière ne peut être extraite sans danger; on perfore la base avec le perforateur de Blot. La tête sort. On pratique la délivrance artificielle. La femme saigne abondamment, on fait un premier tamponnement serré, le sang coule toujours; puis un deuxième tamponnement. L'hémorragie semble arrêtée. On remet la femme dans son lit, mais le pouls devient filant, incomptable. On injecte 500 cc. de sérum et 10 cc. d'huile camphrée. La femme se remet à perdre. M. Couinaud décide de pratiquer une hystérectomie. Presque aussitôt après l'opération, le pouls est mieux frappé, mais toujours ra-

pide. On refait du sérum; à partir de ce moment, la femme va de mieux en mieux. Le 15 février, la femme se plaint de violentes douleurs abdominales; la température est à 39° 4. A l'examen on constate une augmentation appréciable du volume du ventre et on note du météorisme de l'abdomen. La palpation précise un point douloureux et une contracture localisée de la fosse iliaque gauche. Le faciès de la femme est altéré, le teint terreux, le pouls à 110. On remplace la mèche vaginale existante par un drain. On fait sauter les crins abdominaux, on ouvre la paroi qui était presque entièrement refermée et on tombe sur les anses grêles dilatées, de couleur normale. On explore à la main et dans la fosse iliaque gauche on trouve des anses agglutinées et recouvertes de fausses membranes blanchâtres. On enlève avec précaution le plus d'adhérences possible, on place un drain dans la fosse iliaque et on referme.

Les jours suivants, la température baisse progressivement, la malade va mieux. Le 8 mars, on enlève les drains et la femme sort guérie le 25 mars.

b) Césariennes basses. - 2 cas.

Elles ont été bonnes pour les mères qui ont bien guéri.

Mais l'un des enfants, né débile, est mort 1 heure après sa naissance.

c) Césariennes hautes. - 6 cas.

5 femmes ont guéri, mais l'une est morte d'hémorragie aussitôt après l'intervention :

Observation 1932. — Mme T..., 1 pare, 29 ans. Entrée dans le service parce qu'elle a eu brusquement chez elle

une très forte hémorragie. A son entrée, la poche des eaux se rompt spontanément et aussitôt une nouvelle hémorragie se déclenche.

A l'examen on trouve un utérus dont le volume correspond à une grossesse de 7 mois et demi environ; on perçoit très nettement les bruits du cœur fœtaux qui sont réguliers. Au toucher, on sent le col incomplètement effacé, dilatable comme 2 francs et on tombe sur le placenta qui recouvre entièrement l'orifice interne du col. Le toucher, pourtant pratiqué avec beaucoup de précautions, provoque une nouvelle hémorragie extrêmement abondante, et on décide d'intervenir rapidement.

Intervention (M. Lantuejoul). — Césarienne corporeale classique. Incision para-ombilicale; extériorisation de l'utérus, incision médiane; extraction d'une fille en état de mort apparente, pesant 1.800 grammes, qu'on ranime au bout de 15 minutes. On décolle difficilement le placenta qui s'insère sur le segment inférieur et recouvre entièrement l'orifice interne du col. Suture de l'utérus en deux plans et suture de la paroi en trois plans. On injecte à la femme 1.000 cc. de sérum intraveineux. L'hémorragie semble arrêtée.

On la transporte dans son lit; elle se remet alors à saigner; son pouls devient rapide; elle se décolore. On tente une transfusion mais la malade meurt pendant l'opération.

Dans un cas tout-à-fait spécial, on a essayé chez une grande multipare d'employer le procédé de Delmas. La ma-

nœuvre ayant échoué, on décide de recourir à la voie haute.

Observation 1762. - Année 1930. — Résumé. — 8 pare, 42 ans. Hémorragies de la grossesse et du travail. Essai du procédé de Delmas. Césarienne haute. Guérison.

Mme B..., 42 ans, 8 pare. A eu cinq grossesses normales suivies d'accouchement naturel à terme et 2 fausses-couches de 3 mois. Les dernières règles sont du 10 février. Elle entre dans le service le 14 novembre parce qu'elle a perdu du sang à 4 heures du matin. Au mois d'avril, elle a déjà eu une perte de sang rouge qui a duré six jours et qui a nécessité son transport à Bichat. Depuis, elle n'a plus eu d'hémorragie.

Elle est venue consulter une fois dans le service. On n'a rien constaté d'anormal. Le 14 novembre, la femme entre en observation dans le service parce qu'elle présente certains malaises et qu'elle vomit. Le 18 novembre, elle fait une hémorragie assez peu abondante. On trouve à l'examen un utérus étalé, très mou et le toucher montre un col long et fermé; le doigt ramène un peu de sang.

Le 24 novembre, à 10 heures 30, nouvelle hémorragie plus importante. Le toucher, pratiqué par M. le docteur Metzger, montre un col qui n'a pas toute sa longueur. On y introduit assez facilement l'index et on tombe sur le bord du placenta à gauche. La femme étant une grande multipare, on pense que c'est un cas favorable pour pratiquer le procédé de Delmas. On fait une rachi-anesthésie. L'anesthésie étant parfaite, on introduit facilement toute la main dans le vagin. On ne peut faire pénétrer que l'index dans le col, qui est complètement rigide. Il est impossible d'y introduire un deuxième doigt. On décide alors de passer par la voie haute.

Intervention (M. le docteur Metzger). — Laparatomie médiane para-ombilicale. Incision de l'utérus sans extériorisation. Extraction de l'enfant qui est légèrement cyanosé.

Délivrance artificielle. Le placenta est sur le côté gauche et étalé depuis le fond de l'utérus jusque sur le col dont il recouvre entièrement l'orifice. On le décolle assez facilement. Suture de l'utérus en deux plans. Fermeture de la paroi en trois plans. L'état général de la femme est très bon. Elle a bien supporté l'opération. L'enfant présente un aspect peu habituel. Sa peau est marbrée, il respire bien, mais ne crie pas. Quand on insuffle, il fait quelques mouvements respiratoires qui ne persistent pas. Le cœur bat. On poursuit l'insufflation pendant une heure environ et on abandonne devant l'insuccès de la tentative. Les frictions font respirer l'enfant une ou deux fois, mais on n'arrive à obtenir ni une respiration régulière, ni un cri.

Dans les suites de couches, la femme présente une élévation de température à 38° 4 le 28 novembre. Le 1^{er} décembre, la température est redevenue normale et la femme sort guérie le 21 décembre.

Les 6 enfants ont été extraits vivants :

- 1 débile est mort une heure après l'accouchement ;
- 1 prématuré, pesant 2.200 grammes est mort au bout de huit jours.

Résumé. — On pourra se rendre compte des résultats obtenus par ce tableau qui compare les différentes méthodes employées.

Hémorragies du travail		Nombre de cas traités	Résultats maternels				Résultats fœtaux			
			morts	Causes des morts			Enfants morts-nés	Enfants viables		
				Anémie		Infection		Enfants nés viables	Enfants morts les jours suivants	
				Travail	après la délivrance					
Hémorragies ayant été traitées par la simple rupture des membranes.		17	0	0	0	0	2	15	0	
Hémorragies ayant nécessité un traitement obstétrical complexe.		16	1	1	0	0	9	7	0	
Hémorragies traitées chirurgicalement.		10	1	0	1	0	2	8	3	
Résultats totaux.		43	2	1	1	0	13	30	3	

Maternités de Tenon et de Bretonneau 1925-(1934, P^r agrégé Marcel METZGER.



III

OBSERVATIONS

METHODES OBSTETRICALES

I. — Observation 155.

Année 1925.

Résumé. — 1 pare, 26 ans. Hémorragie abondante au moment du travail et de la délivrance. Rupture des membranes. Application de forceps. Guérison.

Mme V..., 26 ans, 1 pare. Ses dernières règles sont du 9 au 12 mai 1924, sa grossesse a été normale et elle entre dans le service le 8 février à 3 heures pour douleurs et pertes de glaires séro-sanguinolentes. Les douleurs ont débuté le 7 février vers 22 heures. A l'examen on trouve une tête en bas, fixée, le dos à droite, les bruits du cœur normaux. Au toucher, on constate que le col est dilaté comme 50 centimes et que les membranes sont intactes. Les douleurs ne sont pas très accentuées et reviennent toutes les 20 minutes environ. A 15 heures, on est frappé par la distension du segment inférieur, la femme ne saigne pas, les bruits du cœur sont bons. A 16 heures 15 la dilatation est complète. On rompt les membranes, le liquide amniotique est normal. La tête apparaît à la vulve. C'est alors que l'on s'aperçoit que la femme commence à perdre du sang rouge.

rutilant, en quantité considérable, l'écoulement est continu. La forme de l'utérus s'accroît de plus en plus. L'état général est bon. On décide alors de hâter l'accouchement.

On fait une application facile de forceps en O. P. sous anesthésie générale au chloroforme. Extraction d'une fille vivante pesant 3.200 grammes. Immédiatement après la sortie de l'enfant un flot de sang et des caillots s'échappent de la vulve. On pratique la délivrance sitôt après l'accouchement, le placenta est complet et pèse 700 grammes.

La femme continue à saigner; on fait un tamponnement utérin qui n'arrête pas l'hémorragie; on enlève ce tamponnement et on introduit la main gantée dans l'utérus qui se contracte ainsi sur la main. L'hémorragie semble arrêtée, mais elle reprend toutefois moins abondante. On fait de l'ergotine et par prudence un second tamponnement utérin. Le pouls est petit, rapide mais bien frappé. On injecte 500 cc. de sérum physiologique et 5 cc. d'huile camphrée; la femme se remonte et ne saigne plus. On enlève le tamponnement à 21 heures. L'examen du placenta montre que sa face utérine est violacée et que le petit côté des membranes a 3 cm. environ.

Les jours suivants, la température est normale et le pouls est redevenu lui aussi normal.

II. — Observation 415.

Année 1925.

Résumé. — 4 pare, 26 ans. Hémorragies pendant la grossesse et au moment du travail. Pas de bruits du cœur. Rupture des membranes. Accouchement spontané d'un fœtus mort. Tamponnement. Guérison.

Mme D..., 26 ans, 4 pare. A eu une première grossesse en 1920 qui s'est terminée par une fausse couche à 6 mois et demi; l'enfant était mort et la femme a eu dans les heures qui ont suivi l'accouchement deux hémorragies. Elle avait de l'albuminurie. En 1921, seconde grossesse normale qui s'est terminée par un accouchement spontané à terme : fille actuellement vivante et bien portante. En 1922, troisième grossesse normale jusqu'à 7 mois et demi; à ce moment, accouchement d'un garçon mort au bout de huit jours.

Ses dernières règles sont du 10 au 12 septembre 1924; elles avaient été anormales, moins abondantes que d'ordinaire. La femme n'avait pas eu de règles au moins d'août.

En décembre, elle consulte un médecin qui trouve la grossesse normale; quelques jours après, la femme commence à avoir des pertes un peu rosées, pas très abondantes mais revenant tous les deux ou trois jours.

Elle ne s'en inquiète pas, mais brusquement, à la fin de février, elle a, un matin, des pertes rouges abondantes. On lui fait un traitement qu'elle ne peut préciser et l'hémorragie s'arrête.

Le 15 avril, à 11 heures du matin, hémorragie abondante; sang rouge et caillots; elle fait une syncope à 11 heures 30 et elle est amenée d'urgence dans le service à 12 heures 15. A l'examen, la femme est très pâle avec les muqueuses décolorées, le pouls est aux environs de 80 mais mou et irrégulier. Au toucher on trouve un col épais, très dilatable, la poche des eaux tendue et en remontant sur le côté gauche on tombe sur un bord placentaire. Le doigt ramène des caillots. La tête est haute et mobile; l'utérus dur, on ne trouve ni le dos, ni le siège du fœtus. La femme

a des douleurs subintrantes. On ne trouve pas de bruits du cœur. On injecte 500 cc. de sérum et 5 cc. d'huile camphrée. A 12 heures 45, rupture artificielle des membranes, les pertes s'arrêtent. A 13 heures 40, dilatation comme 5 francs, le col est très mince, la femme ne saigne presque plus, mais les douleurs sont presque continues, l'utérus reste dur et on n'entend pas les bruits du cœur. On décide de pratiquer une version mixte. Pendant les préparatifs, la tête apparaît à la vulve et, à 13 heures 55, accouchement spontané d'un fœtus mort pesant 1.480 grammes.

Délivrance naturelle immédiate. Le placenta avec plusieurs gros caillots pèse 650 grammes.

La femme saigne encore un peu, on lui fait un tamponnement.

Les jours suivants, la température est normale, le pouls est bon, la femme sort le neuvième jour sur sa demande.

III. — Observation 610.

Année 1925.

Résumé. — IV pare, 24 ans. Hémorragies du travail. Version. Embryotomie. Guérison.

Mme R..., 24 ans, IV pare. A eu deux grossesses normales suivies d'accouchements spontanés à terme et a fait une fausse-couche de trois mois. Les dernières règles sont du 12 au 15 octobre, la grossesse en cours a été

normale; la femme entre dans le service le 20 mai, à 5 heures, parce qu'elle saigne depuis 2 heures du matin et qu'elle a expulsé deux gros caillots. A l'examen, le col est incomplètement effacé et dilaté comme 2 francs, on sent à droite une surface rugueuse qui ressemble à du placenta. La tête est en bas, mais haute et mobile. Les bruits du cœur sont normaux. La femme ne saigne plus, mais à 8 h. 30, elle expulse de nouveau quelques gros caillots et l'hémorragie recommence. On décide de rompre les membranes. Une première tentative est infructueuse; on introduit toute la main dans le vagin, deux doigts dans le col et on rompt la poche des eaux d'où s'écoule un liquide abondant teinté de sang. Le pouls est régulier est bien frappé. On ne perçoit plus les bruits du cœur fœtaux. L'hémorragie semble s'arrêter, puis reparaît vers 10 heures. Au toucher, on trouve de nombreux caillots dans le vagin et on arrive sur le col hors duquel pend un morceau de placenta du volume d'une orange. Au-dessus on sent une tête mobile recouverte de membranes. Le col est épais, dilaté comme 5 francs. On décide de faire une version suivie d'embryotomie. On atteint difficilement un bras, on l'abaisse néanmoins, on y passe un lac pensant faire une embryotomie cervicale. Le cou reste extrêmement élevé et pratiquement inaccessible. On se débarasse des gants et on arrive, à main nue iodée, à abaisser un pied. Extraction très lente du siège. Le bras antérieur est abaissé très facilement grâce au lac et le bras postérieur vient aisément. On se débarasse du tronc par une embryotomie en V. Perforation de la tête, dernière extraction assez facile. On fait une délivrance arti-

ficielle ; la femme saigne encore et on pratique un tamponnement. A 18 h. 30 on enlève la mèche, la femme ne saigne plus.

Le 22 mai, faciès coloré, état général amélioré, pas de température, le pouls est bon. La femme sort guérie le 3 juin.

IV. — Observation 809.

Année 1925.

Résumé. — II pare, 22 ans. Hémorragie pendant le travail. Rupture des membranes, hypophyse. Accouchement spontané. Tamponnement. Guérison.

Mme R..., 22 ans, II pare. A eu une première grossesse normale suivie d'un accouchement spontané en avril 1924. La grossesse actuelle a été normale jusqu'à son entrée dans le service. Les dernières règles sont du 27 au 30 septembre 1924. Le 4 juillet à 11 heures la femme remarque qu'elle perd du sang avec abondance, on l'amène d'urgence à l'hôpital à midi 1/2. A l'examen on trouve une tête en bas, engagée, le dos à droite, les bruits du cœur sont bons. Au toucher le col est dilaté comme 50 centimes. L'après-midi la femme continue à saigner un peu, elle a quelques douleurs, mais le travail ne progresse que peu, elle a quelques douleurs, mais le travail ne progresse que très lentement. A 22 heures, dilatation comme 2 francs, les douleurs ne sont pas plus fortes et il y a

toujours quelques pertes. Le 5 juillet, vers 5 heures, les douleurs deviennent plus intenses, les bruits du cœur sont réguliers, mais s'assourdissent un peu. La dilatation ne progresse pas ; au toucher, à travers un col dilaté à peu près à deux francs, on sent la tête recouverte des membranes. Ces membranes ne paraissent ni épaisses, ni anormales. A 21 heures, nouvelle hémorragie, le pouls est à 38 bien frappé. Les bruits du cœur sont bons. A 21 h. 10, le faciès devient pâle, le pouls est encore à 38, bien frappé. A 23 h. 20, nouvelle hémorragie de 300 à 400 grs environ, le pouls est à 38, assez bien frappé mais la dilatation entre 2 et 5 francs, les membranes sont intactes, la tête est repoussée vers la droite ; il semble qu'on arrive à gauche sur le bord du placenta. Bruits du cœur non modifiés. On installe la femme sur la table et en s'aidant de valves on arrive très difficilement à rompre largement les membranes. On injecte 500 cc. de sérum et 1 cc. d'huile camphrée. A 23 h. 55, on fait une injection d'1 cc. d'hypophyse. La femme qui jusqu'alors n'avait à peu près aucune douleur a des douleurs qui sont d'emblée presque subintrantes en même temps qu'elle accuse très vite l'envie de pousser. La tête descend, la dilatation progresse. A 0 h. 15, expulsion spontanée d'un garçon vivant pesant 2.670 grammes. Ausitôt après l'accouchement, la femme ne saigne pas. Au bout de 10 minutes, la délivrance ne se fait pas et la femme saigne un peu. A 0 h. 25, délivrance artificielle au cours de laquelle on constate que le placenta est inséré sur la partie gauche du segment inférieur. L'utérus ne se contracte pas ; on fait un tamponnement. Le tamponnement suinte, on en fait un second. Le pouls est à 120.

La femme est remise au lit; le faciès est décoloré, le poulx est petit, un peu filant, mais elle ne saigne plus. On la met en position déclive et on injecte à nouveau 250 cc. de sérum et 5 cc. d'huile camphrée.

L'examen du placenta montre que l'un de ses bords ne présente pas de membrane. -

Les jours suivants, la température est normale, le poulx revient à 70 et la femme sort guérie au 11^e jour avec son enfant vivant.

V. — Observation 1.216.

Année 1925.

Résumé. — V pare, 31 ans. Hémorragies du travail. Embryotomie. Tamponnement. Guérison.

Mme F..., 31 ans, V pare. A eu quatre grossesses normales toutes suivies d'accouchement spontané à terme; ses quatre enfants sont actuellement bien portants. Les dernières règles sont du 11 au 15 janvier 1925. La grossesse a été normale. La femme est venue consulter dans le service le 26 septembre. Les premières douleurs débutent le 28 septembre et elle entre le même jour à 8 h. 45. On trouve à l'examen une tête haute, mobile. Le col est tout-à-fait en avant derrière la symphyse, presque effacé. On ne perçoit pas les bruits du cœur; la femme ne sent

plus remuer depuis 7 heures. Quelques minutes après l'examen, la femme vomit et, pendant l'effort qu'elle fait, perd une quantité importante de sang. Son faciès est pâle, elle se plaint d'avoir froid; le pouls est à 90. On injecte 5 cc. d'huile camphrée. Vers 10 heures, en entrant dans le col, on ne trouve pas le placenta, l'utérus est tendu. On n'entend pas de bruits du cœur. A 11 heures, l'état général s'améliore mais la femme saigne au cours de l'examen. On décide de rompre les membranes; on y arrive difficilement. La tête descend sur le col que l'on dilate jusqu'à 2 francs. La femme ne saigne plus. Elle se remet bientôt à saigner en petite quantité mais d'une façon continue. L'utérus est dur, le faciès pâle, le pouls rapide. A 14 h. 30, la dilatation est comme 2 francs, on sent alors à gauche une masse molle qui donne l'impression du placenta. Le toucher fait saigner abondamment. Le pouls est mou et rapide, l'utérus est dur et douloureux. A 19 h. 30, on décide d'intervenir. On fait une dilatation bi-manuelle et après une basiotripsie on extrait un enfant peu volumineux pesant 2.500 grs.. Le placenta est amené aussitôt, il présente un bord déchiqueté sans membranes et pèse 450 grs. La femme saigne encore un peu, on fait un tamponnement et on injecte 2 cc. d'ergotine et 500 cc. de sérum intraveineux. A 21 h. 30, la femme est très pâle, elle saigne toujours, le pouls est rapide, et à 22 heures on fait une transfusion de 250 grs. de sang. L'état général se relève, le pouls est mieux frappé. Le 29 au matin le pouls s'est ralenti, on retire les mèches, la femme ne saigne plus. Son état s'améliore dans les jours suivants et elle quitte l'hôpital le 11 octobre.

VI. — Observation 26.

Année 1928.

Résumé. — VI parer, 36 ans. Hémorragie du travail. Embryotomie. Guérison.

Mme S..., 36 ans, VI parer. A eu cinq grossesses normales toutes terminées par un accouchement spontané à terme. Quatre enfants sont vivants, le dernier est mort à neuf mois, de convulsions. Les dernières règles sont du 20 au 25 mars, elles auraient été modifiées, moins abondantes. Le 20 novembre a fait une chute dans la rue et quelques jours après aurait cessé de sentir remuer. Elle vient à la consultation le 21 décembre; on trouve un utérus dont le volume correspond à une grossesse de 7 mois environ. La tête est en bas, mobile et petite; les bruits du cœur non perçus. Il y a un gros excès de liquide.

Le 6 janvier la femme entre dans le service à 11 heures parce qu'elle présente quelques douleurs. A 11 h. 20, rupture des membranes, le liquide amniotique s'écoule abondant et rosé. Une hémorragie apparaît alors et M. le docteur Metzger examine la malade. Par le toucher, on sent un bras qui tend à descendre dans le col, la dilatation est presque complète. Sur le côté gauche, le placenta est décollé. On trouve le cordon procident qui ne bat pas. On abaisse le bras et on y place un lac. C'est un bras droit avec début de macération. En allant vérifier la présentation on s'aperçoit que la femme saigne, on rencontre le placenta et on l'enlève. Le fœtus est très élevé dans

l'utérus tout entier au-dessus du segment inférieur, la tête à droite, le dos en avant. On endort la femme et on peut pénétrer dans le corps utérin pour atteindre le cou, l'accrocher et l'abaisser dans le segment inférieur. On sectionne la colonne vertébrale avec les ciseaux de Dubois et on extrait facilement le tronc et la tête. On vide la cavité utérine et on fait un tamponnement. On injecte 500 cc. de sérum rétro-mammaire et 10 cc. d'huile camphrée. A 20 heures, on enlève la mèche. La femme va bien et sort guérie le 14 janvier.

VII. — Observation 736.

Année 1928.

Résumé. — III pare, 31 ans. Hémorragies de la grossesse et du travail. Embryotomie. Guérison.

Mme G..., 31 ans, III pare. A eu une première grossesse en 1922 et une autre en 1925, suivies d'accouchement spontané à terme. Les deux enfants sont morts l'un à 18 mois de broncho-pneumonie, l'autre à 2 ans de paralysie infantile.

Les dernières règles sont du 5 au 11 octobre. Au début du mois de mai elle est venue consulter et, après avoir posé le diagnostic de présentation du siège, on lui a fait une version. Le 29 mai, brusquement, elle perd du sang en abondance pendant 2 heures ; le 2 juin, nouvelle hémorragie abondante et la femme entre dans le service

à 23 heures. A l'examen on trouve un col dilaté comme 5 francs, on sent le bord du placenta à droite et on constate que les bruits du cœur sont très ralentis. La femme saigne assez abondamment : M. le docteur Metzger conseille de rompre les membranes, la femme continue de saigner. On n'entend plus les bruits du cœur. Le 3 juin à 1 heure M. Couinaud fait une embryotomie, délivrance artificielle et tamponnement utérin.

La femme ne saigne plus ; le pouls est à 110, un peu mou. On injecte 500 cc. de sérum intra-veineux et 10 cc. d'huile camphrée. A 8 heures le pouls est à 100, la température à 38. Le 4 juin, crochet fébrile à 39° et le lendemain la température redevient normale. La femme sort guérie le 12 juin.

VIII. — Observation 166.

Année 1929.

Résumé. — III pare, 39 ans. Hémorragie du travail. Version Embryotomie. Guérison.

Mme B..., 39 ans, IIIpare. Aveu de deux grossesses normales suivies d'accouchement spontané à terme.. Les dernières règles sont du 1^{er} au 8 juillet. Elle rentre dans le service le 4 mai à 21 heures parce que brusquement elle s'est mise à perdre du sang. A l'examen on trouve une femme pâle, anxieuse ; ses extrémités sont refroidies ; tendance syncopale ; pouls rapide, filant. On est frappé par le volume exagéré de l'abdomen. A la palpation on sent un

pôle rond mobile dans la corne gauche, le dos à gauche et un pôle large molasse en bas. La femme n'a pas de fortes douleurs. Les bruits du cœur sont perçus mais ralentis et assourdis. Au toucher, on trouve le col effacé, souple, dilaté comme 2 francs. On sent une masse mobile sur le bord droit. La femme saigne, on lui fait une injection de 500 cc. de sérum et 10 cc. d'huile camphrée et on la réchauffe ; le pouls est à 80. Mais bientôt la femme se plaint d'une douleur localisée au fond de l'utérus. Celui-ci durcit ; on n'entend plus les bruits du cœur. L'hémorragie se reproduit et on décide d'évacuer l'utérus. On fait une anesthésie ; on dilate le col et on constate que le pôle inférieur est une tête énorme dont les sutures sont largement écartées. On pense à un hydrocéphale. On rompt les membranes et on abaisse un pied. On éprouve de grandes difficultés à faire la version à cause de la tête qui reste coincée ; on tente de la repousser, mais sans résultat. Un dernier essai réussit. On extrait le tronc et on perfore la tête dernière avec le perforateur de Blot ; il s'écoule environ 1 litre 1/2 de liquide. Le fœtus est extrait alors facilement. On fait une délivrance artificielle et un tamponnement, on injecte 500 cc. de sérum glucosé. Le 6 mai, la température est à 39°, on fait un abcès de fixation qu'on incise le 14. La femme sort guérie le 24 mai.

IX. — Observation 353.

Année 1929.

Résumé. — I pare, 20 ans. Hémorragie pendant la grossesse et au moment du travail. Rupture des membranes. Version. Accouchement. Guérison.

Mme S..., 20 ans, 1^{er} pare. Entre dans le service le 20 février 1929, parce qu'elle perd du sang. Ses dernières règles sont du 9 au 15 juin. Le début de la grossesse a été normal, mais le 6 janvier après une promenade, la femme commence à perdre du sang, perte qui dure toute la nuit. Elle est mise au repos et les pertes s'arrêtent. Le 12 février, nouvelles pertes de sang sans cause apparente et sans douleur. Ces pertes durent quatre jours, puis s'arrêtent. La femme se repose, et, le 20 février elle vient à la consultation. On la fait entrer au dortoir où elle continue à perdre des glaires sanguinolentes. Le 7 mars, nouvelles pertes très abondantes ; on la fait descendre à la salle de travail. A l'examen on trouve alors une tête en bas, très mobile, le dos à droite, les bruits du cœur sont normaux. Le col est long, légèrement entr'ouvert. Le 8 mars, la femme ne saigne plus et ne présente aucune douleur.

Le 13 mars, nouvelle hémorragie abondante en même temps qu'apparaissent des contractures utérines et des douleurs assez fréquentes. Le col n'est pas complètement effacé, il est dilaté comme 1 franc. Le pouls s'accélère. A 8 heures la femme est dans un état grave, pâle, les lèvres décolorées, anxieuse ; le pouls est petit, mais bien frappé, régulier, aux environs de 120. L'utérus est souple, on palpe assez facilement le fœtus dont la tête est en bas, encore élevée, le dos à gauche. Les bruits du cœur sont perçus nettement, mais très ralentis. La femme ne saigne plus pour le moment, mais elle a vraisemblablement des caillots dans le vagin. On décide de terminer rapidement l'accouchement. On pratique une rachi-

anesthésie, puis un examen vaginal. On trouve le col complètement effacé, dilaté comme 5 francs, un fœtus très mobile, les membranes intactes. Le placenta est inséré en bas et à droite ; son bord inférieur est en partie décollé. On rompt largement les membranes et on introduit la main fermée dans le col qui s'ouvre facilement. On n'éprouve aucune difficulté à faire évoluer le fœtus, on cherche les pieds et on extrait l'enfant en s'aidant d'un peu d'expression.

L'enfant en état de mort apparente est ranimé rapidement par insufflation. Il pèse 2.690 grs. On pratique une délivrance artificielle ; le placenta ne s'étant pas décollé davantage, l'utérus restant vaste les membranes sont retenues dans la corne gauche.

Aussitôt après la délivrance, l'utérus revient sur lui-même ; il ne s'écoule pas une goutte de sang. On essaie de placer un tamponnement pour le cas où l'utérus se relâcherait brusquement. On arrive avec peine à introduire moins d'un mètre de gaze. On met la femme en position déclive et on lui fait 500 cc. de sérum intra-veineux. Son état s'améliore.

A 12 h. 30, on enlève la mèche, la femme ne saigne pas. Son état est bon, le 14 mars, à 9 h. 30, la femme va bien, son utérus est redevenu normal. Les jours suivants le pouls reste un peu rapide mais régulier. Le 16 mars, crochet thermique à 38° 6 ; le 18, la température et redevenue normale. La femme sort le 23 mars, complètement guérie.

X. — Observation 778.

Année 1930.

Résumé. - III pare. Hémorragie du travail. Fœtus mort. Embryotomie. Guérison.

Mme C..., III pare. A eu en 1924, une grossesse normale suivie d'un accouchement spontané à terme : enfant actuellement bien portant et en 1926, une autre grossesse terminée à 5 mois environ par un avortement. Les suites de couches ont été normales. Les dernières règles sont du 13 au 20 septembre, la grossesse a été normale et la femme entre dans le service le 9 juin parce qu'elle a perdu du sang chez elle. On trouve à l'examen une tête en bas non engagée, un col non effacé et les bruits du cœur sont bons.

Le 12 juin, vers 5 heures du matin, reprise de l'hémorragie accompagnée de douleurs. A 11 heures le pouls est bon, le col dilaté comme 5 francs, les bruits du cœur ralentis et très réguliers. A 12 h. 30 on décide de rompre la poche des eaux, on trouve des membranes très épaisses, la pince de Kocher glisse sans réussir à les perforer et une nouvelle hémorragie importante se déclenche. A 13 h. 15 l'hémorragie est presque entièrement arrêtée, le pouls est à 70. Avec une branche de ciseaux droits on parvient à rompre largement les membranes mais l'hémorragie reprend. On pratique une injection d'hypophyse qui ne déclenche aucune contraction. La tête reste haute. A 13 h. 45 les bruits du cœur ne sont plus perçus. On fait une embryotomie avec le perforateur de Blot et le crânioclaste et on extrait le

foetus. On fait une délivrance artificielle et un tamponnement. Pendant ces manœuvres la femme présente une syncope chloroformique ; elle est ensuite très pâle et son pouls est accéléré. On lui injecte 500 cc. de sérum dans la veine et 200 grs de sang.

Le 13 juin le pouls est bon, les lèvres recolorées, la température est à 39 mais elle redevient normale les jours suivants et la femme sort le 1^{er} juillet.

XI. . . Observation 527.

Année 1931.

Résumé. — II pare, 28 ans. Hémorragie du travail. Version. Accouchement d'un enfant mort. Guérison.

Mme N..., 28 ans, II pare. A eu une première grossesse normale en 1929, suivie d'un accouchement spontané ; enfant pesant 4.200 grs. Les dernières règles sont du 5 au 10 août, l'évolution de la grossesse a été normale. Le 22 avril à 1 h. 15, la femme entre dans le service parce qu'elle perd du sang. A l'examen on trouve un foetus en transverse, la tête est à droite. Au toucher on trouve un col dilaté comme 2 francs et à travers la dilatation, on tombe sur une masse molle qui semble être le placenta. Le vagin est plein de caillots, la femme est pâle et son pouls à 100. A 2 heures on fait une version et on rompt la poche des eaux ; l'hémorragie s'arrête, la tête descend bien, Le pouls est à 100, on fait 250 cc. de sérum intraveineux et la femme se recoloré. A 10 h. 20, la dila-

tation est presque complète, on n'entend plus les bruits du cœur ; l'état général est bon ; on fait 2 cc. d'hypophyse ; à 11 heures la dilatation est complète et à 11 h. 15 expulsion spontanée d'un fœtus mort-né, pesant 2.900 grs. Délivrance naturelle ; placenta pesant 580 grs. Les jours suivants la femme est bien, son état général est bon et elle sort le 30 avril, guérie.

XII. — Observation 1.837.

Année 1933.

Résumé. - V pare, 32 ans. Hémorragie du travail. Rupture des membranes. Accouchement spontané. Tamponnement. Transfusion. Guérison.

Mme F., 33 ans, V pare. A eu quatre grossesses suivies d'accouchements naturels dont deux prématurés à 8 mois et un à 7 mois. Deux des enfants sont actuellement vivants. Les dernières règles sont du 20 au 24 mars ; vers le cinquième mois, un B. W. a été trouvé positif et on lui a fait depuis, neuf injections novarsenobenzol. Le 2 novembre, après une piqûre, elle ressent quelques petites douleurs et elle entre dans le service. A l'examen on trouve un col en voie d'effacement, dilatable comme 1 franc, les membranes sont intactes, la tête mobile, les bruits du cœur sont bons. On trouve pour la première fois, des traces d'albumine dans ses urines. Sa tension artérielle est à 11/8, son pouls à 100. A 13 heures on pratique un deuxième toucher et une hémorragie se déclenche et persiste.

A 14 h. 15, on rompt les membranes, la dilatation est maintenant comme 2 francs. Elle augmente rapidement, la tête s'engage, l'hémorragie s'arrête et à 14 h. 40, accouchement naturel d'un garçon vivant pesant 2.300 grs. Le pouls est à 100, la femme ne saigne plus. A 14 h. 50, délivrance naturelle et complète ; placenta pesant 420 grs et dont le petit côté des membranes a 3 cm. Après la délivrance, l'utérus est bien rétracté, mais l'hémorragie recommence, le pouls est à 100. A 16 heures, on fait une révision utérine et un tamponnement. Le sang coule encore sans formation de caillot, le pouls est 116. On injecte 2 cc. d'ergotine, puis à 16 h. 45, 10 cc. d'huile camphrée et 1 litre de sérum glucosé intraveineux. A 18 h. 35 de nouveau, 2cc. d'ergotine. A 20 heures, l'état de la femme devient inquiétant : elle a froid, son faciès est terreux, on lui fait une transfusion de 180 cc. de sang. On lui 10 cc. d'huile camphrée, 1 cc. d'adrénaline, le pouls est à 136. A 22 heures, nouveau tamponnement, le pouls est encore à 136, la femme se sent mieux. Le 3 novembre on enlève la mèche à 10 heures, le pouls est à 120. Les jours suivants la température reste normale, le pouls revient à 80 et la femme sort guérie le 17 novembre.

XIII. — Observation 167.

Année 1934.

Résumé. — I pare, 30 ans. Hémorragie du travail. Embryotomie. Guérison.

Mme C..., 30 ans, I pare. Les dernières règles sont du 3 au 6 mai, la grossesse a été normale jusqu'au 30

janvier à 23 heures. A ce moment, après de légères douleurs abdominales, elle a une hémorragie soudaine assez abondante et elle entre d'urgence à l'hôpital le 31 à 1 h. 50. A l'examen on trouve un col dilaté comme 2 francs et très nettement à gauche le bord du placenta. La tête est haute, mobile et les bruits du cœur perçus, mais sourds. La femme perd toujours du sang en petite quantité, le pouls est à 90. A 10 heures, bon état général, la garniture qui est à la vulve est très peu tachée de sang. La tête est toujours haute et mobile, la dilatation n'a pas progressé. On rompt largement les membranes, la présentation tend à descendre et on injecte 1 cc. d'hypophyse. La femme a des douleurs toutes les cinq minutes et continue à perdre. On entend très mal les bruits du cœur. A 13 heures, M. le docteur Metzger pratique un toucher et trouve dans le vagin un paquet de cordon encore assez bien tendu, mais qui ne bat plus. La dilatation est peu avancée, on n'entend plus les bruits du cœur. La femme perd encore en petite quantité. On décide alors de faire une embryotomie. On coupe le cordon encombrant et à l'aide du perforateur de Blot, on perfore le crâne, la tête étant maintenue par un aide. Broiement et extraction lente et facile de la tête que l'on sectionne au niveau du cou. Abaissement des bras et extraction du tronc. La femme est très pâle. On fait une délivrance artificielle et on est frappé par l'énorme surface d'insertion du placenta qu'il faut aller libérer jusque dans la corne droite. L'utérus est mou et on fait 2 cc. d'ergotine. La femme ne saigne plus, on lui fait quand même un tamponnement. On enlève la mèche à 17 heures.

Les suites de couches sont normales, la femme sort le 11 janvier.

XIV. — Observation 240.

Année 1934.

Résumé. — VIII pare, 31 ans. Hémorragie du travail. Rupture des membranes. Version. Accouchement d'un enfant vivant. Guérison.

Mme C..., 31 ans, VIII pare. A eu sept grossesses normales, dont une gémellaire en 1932, toutes suivies d'un accouchement spontané à terme avec suites de couches normales. Trois des enfants sont morts de méningite, l'un à 10 mois, les deux autres à 6 mois. Les dernières règles sont du 15 au 19 juin. La grossesse a évolué normalement. Le 13 février, à 19 heures la femme entre dans le service parce qu'elle perd des caillots abondants. A l'examen, on trouve une tête en bas, mobile, le dos à gauche, les bruits du cœur bons. Au toucher on constate que la tête est haute ; le col épais, perméable. Le 14 février à 2 h. 30, nouvelle perte d'un gros caillot et de sang liquide. On touche : le travail n'est pas avancé ; la femme n'a que de petites douleurs. Les bruits du cœur sont bons. A 8 heures, elle perd un nouveau caillot et à 10 h. 30 une assez grande quantité de sang rouge. M. le docteur Metzger la fait mettre sur la table en position gynécologique. Au toucher, on sent une dilatation comme 2 francs, mais le col est souple et se dilate très facilement sous le doigt. M. le docteur Metzger fait une version sous anesthésie, à l'éther. Version facile : abaissement du membre inférieur droit pose d'un lac, abaissement du membre inférieur gauche. Extraction facile du tronc et des membres supérieurs. Difficulté de sortir la tête dernière ; on s'aide de l'expression

abdominale au niveau du front. L'enfant naît en état de mort apparente. M. le docteur Metzger fait lui-même la désobstruction et l'insufflation. L'enfant est ranimé au bout de dix minutes. Délivrance artificielle. Le placenta pèse 540 grs et a des membranes dont le petit côté n'a que 3 cm. L'état général de la femme est bon, son pouls est à 100. On lui injecte 10 cc. d'huile camphrée.

Les jours suivants, l'état général reste bon, la température est normale, la femme sort guérie le 7 mars.

CESARIENNE VAGINALE

VII. — Observation 2.064.

Année 1933.

Résumé. — IV pare, 29 ans. Hémorragies répétées pendant la grossesse et au moment du travail. Rupture des membranes. Présentation de l'épaule. Césarienne vaginale et embryotomie. Guérison.

Mme G..., 29 ans, IV pare. A eu une première grossesse normale en 1926, suivie d'un accouchement naturel à terme ; une deuxième grossesse normale en 1929 et une troisième grossesse normale en 1931, terminée au troisième mois par une fausse-couche. On lui a fait un curetage. Les dernières règles sont du 30 avril. La femme a été très fatiguée au début de sa grossesse et a fait une hémoptysie au deuxième mois ; elle avait déjà fait antérieurement quelques accidents pulmonaires et avait passé en 1929, plusieurs mois dans un sanatorium. Au quatrième et cinquième mois elle a quelques pertes sanguines très peu abondantes, pour lesquelles elle vient consulter ; on lui recommande le repos au lit. Le 28 novembre elle

fait une nouvelle perte de sang beaucoup plus abondante et elle entre dans le service. A l'examen, M. Couinaud trouve la tête dans la fosse iliaque gauche, le siège dans la corne gauche. Les bruits du cœur sont bons et le col perméable dans toute sa longueur ; on met la femme au dortoir. Le 6 décembre et les jours suivants elle présente de nouveau, quelques pertes sanglantes sans douleur. Le 12, apparition de quelques douleurs espacées dans la soirée. Le 13, vers 1 heure, les douleurs sont plus intenses et plus rapprochées ; à 10 heures, M. le docteur Metzger l'examine, il trouve le col encore long, perméable et il atteint les membranes sans trouver de placenta. La femme avait perdu de l'eau le 11. On décide d'intervenir.

Intervention. - (M. le docteur Metzger) — Anesthésie au chloroforme. On place des valves, du sang s'écoule en assez grande quantité, on rompt les membranes, le liquide est clair. La grossesse n'est que de 7 mois et l'enfant ne doit pas être viable, on pense avoir éventuellement recours à une embryotomie. On ne sent aucune présentation. Insersion transversale du vagin, décollement facile de la vessie très haut. Incision du col sur la ligne médiane, en avant et remontant plus haut que l'orifice interne. Le toucher permet d'atteindre la cage thoracique du fœtus ; il se présente transversalement, le dos en arrière, la tête à droite. On atteint le membre supérieur droit, espérant faire une embryotomie rachidienne. Mais malgré les tractions faites sur le membre attiré à la vulve, le cou reste élevé et on fait une désarticulation de l'épaule pour avoir de la place. Après la disparition du membre supérieur droit, on arrive assez facilement à abaisser les pieds. On perfore la tête dernière

et on extrait facilement le fœtus. On pratique la délivrance artificielle, le placenta est un peu adhérent ; on le retire et, après une revision, on place un tamponnement dans l'utérus. On suture le col au catgut et on fait 500 cc. de sérum intraveineux.

Après l'opération la femme ne saigne plus. Son état général est bon. Les jours la femme va bien et elle sort guérie le 31 décembre.

CESARIENNES ABDOMINALES

I. — Observation 929.

Année 1934.

Résumé. — XIV pare, 49 ans. Hémorragies pendant la grossesse et au moment du travail. Placenta central. Césarienne classique. Guérison.

Mme P..., 49 ans. XIV pare. A eu 13 grossesses normales toutes suivies d'accouchement normal, sauf le septième, qui s'est terminé au septième mois par l'expulsion d'un fœtus mort. Les suites de couches ont été normales. Les dernières règles sont du 10 au 14 décembre. La femme est envoyée dans le service le 27 août, à 10 heures par un médecin de ville qui a diagnostiqué un placenta prævia. Jusqu'au 15 août, la grossesse avait été normale. Ce jour-là, en poussant pour aller à la selle, la femme a brusquement une hémorragie assez abondante par le vagin. Elle se couche aussitôt et l'hémorragie cesse. Le 25 août, elle fait venir un médecin qui fait le diagnostic de présentation du siège et de placenta prævia probable ; il lui conseille d'entrer à l'hôpital. Le 27, la femme se lève pour venir à la maternité mais, dès le lever, à 6h. 30, l'hémorragie reprend. Elle entre dans le service à 10 h. 30.

A l'examen la femme perd peu et au toucher on trouve le col perméable. En introduisant le doigt, on tombe directement sur le placenta ; il se produit aussitôt une hémorragie très intense. La tête est en bas, l'enfant vivant.

On pratique aussitôt un tamponnement vaginal et on décide de faire une césarienne.

Intervention. — Anesthésie à l'éther. Incision classique. Extériorisation de l'utérus et incision. Le liquide amniotique est très abondant, de coloration normale. On extrait un enfant pesant 2.900 grs, et on pratique la délivrance. On a pensé un moment faire une hystérectomie, mais on conserve l'utérus. Suture de l'utérus en deux plans et de la paroi en trois plans.

Les jours suivants la température monte à 39°, mais elle baisse aussitôt. Le 1^{er} septembre, nouveau crochet fébrile, la malade a eu un frisson. La température redevient normale le 9 et la femme sort guérie le 26 septembre.

II. — Observation 287.

Année 1927.

Résumé. - I pare, 30 ans. Hémorragies au moment du travail. Placenta central. Césarienne basse. Guérison.

Mme B..., 30 ans. I pare. Les dernières règles sont du 3 au 6 juin ; sa grossesse a été normale et elle entre dans le service le 6 mars à 20 heures, parce qu'elle présente quelques douleurs. A l'examen on trouve un col long, très en arrière et perméable ; on met la femme au dortoir. Le 11 mars, elle perd un peu de sang ; le 12, à 7 h. 30, brutalement apparaît une hémorragie importante.

en fil et sans signes généraux, qui cesse spontanément au bout de 2 à 3 minutes. On la touche et on trouve un col dilatable comme 1 franc ; on constate la présence d'une bride sagittale au niveau de l'orifice externe du col. A 10 h. 30, nouvelle hémorragie, la dilatation n'a pas avancé, on sent à travers l'orifice, le placenta déchiqueté et on met la femme en position obstétricale pour l'examiner de plus près et rompre les membranes. La femme perd de nouveau avec abondance et on pratique rapidement un tamponnement cervico-vaginal, surtout dans l'intention d'avoir le temps de proposer à la femme une opération par voie haute. Les bruits du cœur sont très irréguliers. L'enfant va sûrement succomber, l'état de la femme s'est un peu amélioré et on commence l'intervention.

Intervention. — Incision ombilico-pubienne, incision transversale du péritoine que l'on repère à l'aide de fils de soie. Incision verticale du segment inférieur. A ce moment, hémorragie très importante. Le placenta est sur le segment inférieur, il faut le traverser pour atteindre la présentation. On arrive avec expression combinée à des manœuvres manuelles à sortir la tête et le fœtus. L'enfant vient flasque, pâle, mais il respire assez rapidement et crie au bout de quelques minutes. Extraction du placenta, qui descend très bas jusqu'à l'orifice du col et l'on atteint le tampon mis antérieurement dans le vagin. Suture profonde avec des fils de soie, surjet superficiel au catgut. Une hémorragie assez notable se produit pendant toute la suture du segment inférieur. Surjet sur le péritoine et fermeture de la paroi en trois plans.

Après l'opération, la femme est un peu pâle, le poulx est petit mais se relève assez rapidement.

Les jours suivants, la température est normale, le pouls un peu rapide, à 92. La femme sort guérie les 29 mars.

III. — Observation 320.

Année 1927.

Résumé. — II pare, 34 ans. Hémorragie pendant le travail. Rupture des membranes. Césarienne abdominale. Guérison.

Mme B..., 34 ans, II pare. A eu une grossesse normale, il y a 4 ans, suivie d'un accouchement naturel. Les dernières règles sont de fin juillet ; en septembre elle a présenté des troubles gastriques et un ictère. Depuis, la grossesse a évolué normalement et sans incident. Le 19 mars, vers 19 heures, la femme se met brusquement à perdre abondamment du sang rouge et elle entre à l'hôpital à 20 h. 40. A l'examen on trouve un pouls bien frappé à 90, un état général bon. La palpation est rendue difficile par les contractions de l'utérus ; il semble cependant qu'il s'agisse d'une tête en bas. Les bruits du cœur sont normaux. Au toucher, on trouve le vagin rempli de caillots et le col dilaté comme 2 francs environ. A travers la dilatation on sent le placenta qui semble recouvrir tout l'orifice du col. A 21 h. 40, on pratique la rupture des membranes, la femme continue de saigner. Le pouls devient alors petit, rapide, la malade est pâle. On fait 500 cc. de sérum, 10 cc. d'huile camphrée et 1 cc. d'hypophyse. Malgré l'hypophyse, le travail ne progresse

pas ; l'utérus reste contracté et la femme perd toujours. On décide alors de faire une césarienne.

Intervention. - (docteur Couinaud). — Césarienne corporéale classique. Extraction d'un enfant vivant pesant 2.200grs. Le placenta est inséré bas et recouvre l'orifice du col. On injecte 250 cc. de sérum intraveineux, le poulx redevient bon, bien frappé, battant à 90.

Les jours suivants, l'état général est bon. Le 22, crochets fébrile à 39° 6. La température baisse. Le 26, l'enfant qui présentait des selles liquides depuis deux jours, meurt. Le 2 la femme perd brusquement du sang ; on lui fait 500 cc. de sérum et 10 cc. d'huile camphrée. Son état s'améliore de nouveau et elle sort guérie le 16 avril.

IV. — Observation 1.132.

Année 1929.

Résumé. - VI pare, 35 ans. Hémorragie du travail. Placenta central. Césarienne basse. Guérison.

Mme F..., 35 ans, VI pare. Ses trois premières grossesses se terminent par une fausse couche, vers deux mois et demi. Elle se fait examiner à Broca où on fait le diagnostic de rétroversion. Pendant sa quatrième grossesse, elle perd un peu au moment où elle aurait dû avoir ses règles. Elle accouche à huit mois environ, d'un garçon vivant pesant 2.750 grs. La cinquième grossesse a été normale et suivie d'un accouchement à terme. Ses dernières règles sont du 20 au 22 mars. La grossesse a évolué normalement, la femme est venue consulter dans le service

où on lui a dit que tout était normal. Le 20 novembre elle commence à perdre de l'eau en quantité abondante et sans douleur. Elle continue à perdre sans douleur, et, le 22 à 11 heures, elle entre à l'hôpital. A ce moment on trouve une tête en bas, mobile, le dos à droite, les bruits du cœur sont bons. Le col est long, perméable, les membranes rompues. A 2 heures, le col est dilaté comme 2 francs, et l'orifice est complètement recouvert par le placenta. La tête est élevée, le toucher provoque une hémorragie importante, des caillots se forment dans le vagin. La femme a très peu de contractions. On décide de terminer l'accouchement rapidement, avant qu'une nouvelle hémorragie se produise et de faire une césarienne basse.

Intervention, - (M. le docteur Metzger). — Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Incision verticale du segment inférieur, l'oreille du fœtus apparaît ; on extrait rapidement un enfant débile, pesant 2.430 grs. Délivrance artificielle ; le placenta recouvre entièrement le segment inférieur et l'orifice du col. Fermeture de l'utérus en deux plans. On commence à suturer le péritoine qui se déchire. A ce moment, la femme a une syncope blanche ; elle ne saigne pas par en bas, mais le sang suinte au niveau de la suture. On décide de faire une hystérectomie rapide ; le segment inférieur est plein de caillots. L'état de la femme s'améliore légèrement, on lui fait 500 cc. de sérum intraveineux et 1 cc. d'ovobaïne. On place un gros drain dans le Douglas.

Les jours suivants, l'état général est bon, les suites opératoires sont normales. La femme sort guérie le 13 décembre.

V. — Observation 1.098.

Année 1933.

Résumé. — III pare, 32 ans. Hémorragies de la grossesse et pendant le travail. Placenta central. Césarienne abdominale classique. Guérison.

Mme R..., 32 ans III pare. A eu une première grossesse normale suivie d'accouchement naturel à terme. L'enfant est mort à un an de méningite. Une seconde grossesse qui s'est terminée à trois mois par une fausse couche. Ses dernières règles sont du 12 au 18 octobre. Elle a senti remuer depuis le mois de janvier. Le 25 avril, la femme a eu une première hémorragie peu abondante, douloureuse, une deuxième, le 4 juin, abondante. Elle consulte une sage-femme, qui lui recommande le repos au lit. 15 jours après, nouvelle hémorragie. Ces hémorragies se répètent ainsi jusqu'au moment où la femme rentre dans le service, le 13 juillet, à 1 heure du matin. Ce jour-là, elle a eu une hémorragie abondante vers minuit. Expulsion d'un volumineux caillot. Elle entre au dortoir.

Le 19 juillet, à 3 heures du matin, nouvelle hémorragie très abondante, qui réveille la malade et qui s'accompagne de petites douleurs. Le pouls est à 84. Au toucher on sent un col en voie d'effacement, dilaté comme 50 centimes. Les bruits du cœur sont bons. A 3 h. 40, le suintement continue, les douleurs sont peu intenses. A 4 h. 30, pas de douleur. M. Couinaud touche et trouve de nombreux caillots dans le vagin, la dilatation n'a pas avancé. Il décide de faire une césarienne.

Intervention à 5 h. 15. — Laparotomie médiane, sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus et incision médiane. On retire un enfant bien constitué, qui respire aussitôt et crie une minute après sa sortie. Il pèse 3.670 grammes. On décolle le placenta dont l'insertion est centrale et qui file très bas sur le rebord du col. On l'enlève très facilement. Suture de l'utérus en deux plans et fermeture de la paroi en trois plans.

A 6h. 15, la femme se réveille ; elle est très pâle ; du sang coule par la vulve ; on injecte 500 cc. de sérum. A 6 h. 40, nouvelle hémorragie abondante, le pouls est à 88, mais la pâleur est considérable. Le pouls devient plus faible et plus rapide, la femme perd des caillots. On la met en position déclive et on injecte à nouveau 500 cc. de sérum intraveineux. A 8 heures transfusion de 400 cc. de sang et nouvelle injection de 150 cc. de sérum. A 9 heures la femme se sent mieux, son pouls est régulier, bien frappé, à 80. La température monte le soir à 39.

Les jours suivants le pouls est bon, la température reste élevée jusqu'au 24, puis elle redevient normale et le pouls s'accélère un peu. L'état général est bon. La femme sort guérie le 17 août.

VI. — Observation 1.816.

Année 1933.

Résumé. — III pare, 25 ans. Hémorragie pendant le travail. Position transverse du fœtus. Césarienne corporeale. Guérison.

Mme W..., 25 ans, III pare. A eu deux grossesses normales suivies d'un accouchement naturel à terme. Les dernières règles sont du 20 au 25 décembre. Elle entre dans le service, le 29 octobre, à 4 heures parce qu'elle perd du sang en assez grande quantité depuis 2 heures.

A l'examen on trouve un utérus étalé transversalement sans qu'on puisse situer exactement la position de l'enfant. Les bruits du cœur sont perçus et normaux. Au toucher, on constate que le col est dilaté comme 5 francs et à travers cette dilatation, on tombe sur une masse molle donnant la sensation d'être du placenta. Le toucher est pratiqué très rapidement et sans insister, car il réveille l'hémorragie. Il révèle la présence de caillots dans le cul-de-sac postérieur, caillots de la grosseur de deux noix environ. La femme saigne toujours et perd des caillots. Elle ne présente pas de douleurs ; son pouls est à 120, bien frappé, son faciès coloré.

A 5 heures elle saigne toujours ; la position du fœtus est toujours la même et on décide de faire une césarienne abdominale. La poche des eaux est intacte.

Intervention. (docteur Couinaud). — Césarienne corporéale classique après extériorisation de l'utérus. La tête est dans la corne gauche, le siège à droite. On extrait l'enfant vivant, pesant 3.880 grs. On vérifie l'utérus et on constate que le placenta a empiété très largement sur l'orifice du col. L'utérus se contracte bien. Fermeture en trois plans. **Pas d'incident opératoires.**

Les suites de couches sont normales, sans température et la femme sort guérie le 16 novembre.

CONCLUSION

L'étude des différentes observations que nous avons recueillies et des méthodes de traitement employées dans le service de M. le professeur agrégé Marcel Metzger nous permet d'arriver aux conclusions suivantes :

On ne saurait envisager un traitement unique des hémorragies par placenta prævia étant donné les diversités d'insertion basse du placenta qui déterminent une évolution cliiue différente.

La rupture large des membranes assurant l'hémostase et suivie d'un accouchement spontané constitue le procédé de choix pour la sauvegarde maternelle. Il reste assez médiocre pour l'enfant.

Le degré d'élasticité et de perméabilité du col permettant dans de nombreux cas une intervention rapide par voie basse, on aura alors recours à des manœuvres plus complexes, telles que version ou application de forceps, si la simple rupture des membranes a été insuffisante.

Dans les cas particulièrement graves, tels que :

a) nécessité d'arrêter rapidement les hémorragies sans tenir compte de l'état du col, de la variété d'insertion, parfois même de la vie du fœtus ;

- b) échec du traitement obstétrical;
- c) difficultés dues aux dystocies complexes;
- d) souci de sauver l'enfant;
- e) cas suspects d'infection;

les procédés chirurgicaux sont indiqués. Ils donnent pour la mère des résultats sensiblement équivalents à ceux obtenus par les méthodes obstétricales et sont très supérieurs pour le fœtus.

Cependant, l'amélioration des résultats constatés depuis qu'on emploie l'intervention par voie haute semble surtout due à ce que l'on a abandonné l'accouchement forcé. Les méthodes obstétricales sont devenues beaucoup plus prudentes : on n'insiste pas par en bas car on sait « passer par en haut », et bien souvent l'accouchement se termine par en bas alors que, de prime abord, cette voie ne paraissait pas devoir être la meilleure.

On a également beaucoup insisté sur le rôle de la transfusion sanguine dans l'amélioration du pronostic. On a sans doute exagéré sa nécessité car elle peut être souvent avantageusement remplacée par l'injection intra-veineuse de sérum.

Celle-ci est presque toujours facile, alors que la transfusion n'est pas à la portée de tous et qu'on perd souvent un temps précieux à se procurer donneur et transfuseur. Il ne faut pas oublier que les femmes enceintes sont très résistantes aux hémorragies grâce à leur grande réserve d'eau tissulaire; elles reprennent de l'eau dans leurs tissus et refont du sang plus tard : le poulx se relève, mais elles

restent pâles. Il est donc rationnel de leur redonner de l'eau à hautes doses plutôt que du sang étranger. Dans les vingt-cinq cas graves d'hémorragie que nous avons étudiés, l'injection de sérum a été suffisante pour vingt et une femme, alors que la transfusion n'a été pratiquée que quatre fois.

En résumé, les hémorragies par insertion basse du placenta sont en majorité justiciables de la rupture large des membranes et ne justifient pas la pratique systématique des méthodes chirurgicales.

On n'aura recours à celles-ci que dans les cas de nécessité absolue.

Il sera parfois indispensable de recourir à l'hystérectomie comme procédé de sécurité dans certaines infections graves qui n'ont pas encore dépassé l'utérus ou dans les cas d'altérations utérines liées à l'existence du placenta prævia ou coïncidant avec lui.

Vu : *le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *le Président de Thèse,*
L. THANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT. — *Quelques indications de l'opération césarienne en dehors des bassins rétrécis.* « Revue Méd. Suisse Romande », 1917.
- AUDEBERT. — *La cicatrice utérine après la césarienne.* « Gynécol. et Obstétr. », 1923, t. VIII. « Gynécol. et Obstétr. », 1931, t. XXIV.
- AUVARD. — *De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia.* Thèse d'Agrégation, Paris, 1886.
- BALARD. — *Placenta prævia.* « Journal de Médecine de Bordeaux », nov. 1925.
— *Traitement obstétrical et chirurgical d'une série de 48 hémorragies par placenta prævia.* « Revue Française Gynécol. et Obst. », 1932, n° 6. « Rev. Française Gynécol. et Obst. », février 1930.
- BAR. — *Quelle place convient-il d'attribuer à l'opération césarienne haute parmi des observations obstétricales?* « Archives mensuelles de Gyn. et d'Obst. », février, 1919.
— *Leçon de la Clinique Tarnier.* « Journal des Praticiens », mai 1909.
— *Traitement chirurgical des hémorragies de la grossesse, de l'accouchement et de la délivrance.* Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, juillet 1912.
- BARNES. — *Leçons sur les opérations obstétricales.* Paris, 1873.
- BAUX. — *Trois cas de placenta prævia central.* Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, n° 7, 1924.
- BAYER. — *Hegars-Beitraege*, t. XIV, 1909.

- BISCHARA. — *Le traitement du placenta prævia par le procédé de Delmas*. Thèse, Montpellier, 1930.
- BOUNAIRE. — *Placenta prævia hémorragique et accouchement méthodiquement rapide*. « Presse Médicale », 14 août 1897.
- BOQUEL. — *Hémorragie de la grossesse : placenta prævia et césarienne*. « Archives mensuelles d'Obst. et Gynécol. », 1918.
- BEUTTNER. — *Discussion au Congrès de Gynécol.*, 1921.
— « Revue Médicale de la Suisse Romande », juin 1920.
- BRINDEAU. — *Traitement du placenta prævia* (In Bar, Brindeau, Chambrelent).
— *Cas de césariennes vaginales*. Soc. Obst. de Paris, 1906-1907.
— *Discussion au Congrès de Londres*, 1921.
— *Quelques réflexions à propos de la césarienne sus-pubienne* (In « Gyn. et Obst. », 1923, t. VIII).
— *A propos d'un cas d'opération césarienne pour placenta prævia*. Communication à la Soc. de Gyn. « Gyn. et Obst. », 1921, t. IV.
- BRINDEAU et BAILLIS. — *Un cas de placenta prævia traité par la méthode de Delmas*. « Bull. Soc. Obs. et Gyn. », Paris, 1930, p. 225.
- BUGSAU. — *Contributions à l'étude du traitement des hémorragies par insertion basse du placenta*. Thèse, Paris, 1928.
- BUÉ. — *L'hysterotomie et l'hysterectomie en obstétrique*. 1903.
- CARUSO. — *Proporte relative all trattamento chirurgie della placenta prævia centrale*. « Archivio de Ostetrico et Genico », 1900.
- CHAMPETIER DE RIBES. — *Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta*. « Arch. Gyn. et Obst. », 1911.
- CHEVAL. — *Deux cas de placenta prævia central*. Société belge d'Obst. et de Gyn., février 1922.

- COUVELAIRE. — *A propos du traitement chirurgical des hémorragies par insertion vicieuse du placenta.* Arch. Gyn. et Obst., août 1911.
- *Traitement chirurgical des hémorragies par décollement du placenta normalement et vicieusement inséré.* Congrès international de Berlin, 1912.
- *Remarques sur l'irrigation artificielle du segment inférieur.* Arch. Gyn. et Obst., août 1920.
- *Rapport au Congrès des Gynécologues de langue française,* 1921.
- *Traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta.* « Pratique Médicale Française », avril 1932.
- COUINAUD. — Thèse, Paris, 1919. *Les opérations césariennes en dehors du rétrécissement du bassin.*
- DADLEY. — *The modern caesarean section and ideal method of treatment for placenta praevia.* « New York Medical Journal », 1900.
- DUCAROS. — *Opération césarienne pour placenta praevia central,* Soc. d'Obst. de Paris, juillet 1923.
- DELMAS. — *Un cas de placenta praevia central.* Soc. d'Obst. de Montpellier, juillet 1921.
- DE LEE. — Discussion au Congrès de Londres, 1913.
- DESOUBRY. — Thèse, Paris, 1925. *Les interventions chirurgicales dans le traitement du placenta praevia.*
- E.-ARDLEY-HOLLAND. — *Methods of performing caesarian section.* « The Journal of Obst. and Gyn. of the British Empire », 1921. Volume 28.
- FAURE. — *Contribution à l'étude des indications de la césarienne dans le placenta praevia.* Thèse, Paris, 1920.
- GAUFORE et BERTHON. — *Sur un cas de placenta central.* « Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gyn. de Paris, 1921.
- GROSSE. — *Traitement chirurgical des hémorragies par placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus.* Revue française de Gyn. et d'Obst., août 1920.

- GUENIOT. — *A propos de l'opération césarienne dans le placenta praevia.* « Gyn. et Obst. », 1921, tome I.
- GUZZONI. — Discussion au Congrès de Londres, 1913.
- HAUCH. — *Hysterotomies abdominales pendant le travail.* Congrès des Gynécologues de Langue française, 1921.
- HAMMER. — *Placenta praevia. Hysteremyse on Braxton-Hicks.* *Zbl. f. Gyn.*, 1908.
- *Was leistet die moderne Therapie bei Placenta Pr.* « Med. Kl. », 1908.
- HITSCHMANN. — *Die Therapie der Placenta Praevia.* Berlin, 1921.
- JEANNIN (C.). — *L'opération césarienne supra-symphysaire.* « L'Obstétrique », août 1909.
- *Incision du col et césarienne vaginale.* « A. Gyn. et Obst. », 1910.
- *Traitement de l'insertion vicieuse du placenta.* « Paris Medical », mars 1911.
- *Comment doit-on traiter maintenant le placenta praevia.* « Journal des Accoucheuses », juin 1931.
- KLEIN. — *Placenta praevia central. Césarienne conservatrice.* Soc. d'Obst. et Gyn. de Lille, février 1924.
- KRAUL. — *A propos du placenta praevia.* « Wiener Med. die Wochenschrift », n° 29. 1927.
- KROENIG. — *Zur Behandlung des Placenta Praevia.* « Zentralblatt für Gyn. », 1908, n° 46.
- LABUSQUIÈRE. — *Le placenta praevia et son traitement.* « Revue Gén. Gyn. et Obst. », 1910.
- LACOMME. — *Sur les hémorragies par insertion vicieuse du placenta.* « Revue Méd. Franç. », 1930.
- LAFFONT. — *A propos d'un cas de placenta praevia central.* Soc. d'Obst. et de Gynecol. d'Alger, décembre 1922.
- LE LORIER. — *L'opération césarienne conservatrice après rupture des membranes.* « L'Obstétrique », 1911.
- LEPAGE. — *Traitement du placenta praevia.* Discussion au Congrès de Berlin, 1912.

- LAWSON-TAIL. — « *British Medical Journal* ».
- LEQUEUX. — *A propos de deux cas de Pl. Pr. traités par la césarienne.* « *Gyn. et Obst.* », 1920, tome I.
— *Hystérotomie abdominale pendant le travail.* Congrès de 1921.
- MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses*, 1721.
- MAYER (M.). — Thèse, Paris, 1933. *Le traitement chirurgical des hémorragies par insertion vicieuse du placenta.*
- METZGER (M.). — *L'accoucheur moderne.*
— *Le traitement des hémorragies du Pl. Pr.* Discussion du Congrès des Gyn. et Obst. de Langue française, Paris, 1933.
- NAGEL. — Discussion du Congrès de Londres, 1913.
- NEWELL. — « *The American Journal of Obst.* », juin 1909.
- PAUCOT. — *Césarienne pour placenta praevia.* « *Bull. Gyn. et Obst.* », Paris, 1921.
— Discussion au Congrès de 1921.
- PINARD. — *De la rupture dite spontanée des membranes de l'œuf humain.* « *Annales Gyn.* », 1886, page 171.
— *Ruptures prématurées des membranes de l'œuf.* « *Ann. de Gyn.* ». 1886, p. 332.
— *Des hémorragies causées par l'insertion vicieuse du placenta et de leur traitement.* « *Bull. Médical* », 1896.
- PAUKOW. — *Base anatomique du traitement du placenta praevia.* Congrès de Berlin, 1912. « *Archiv. mens. Guy. et Obst.* », 1912, p. 250.
- RATELOT et VAYSSÈRE. — *Placenta praevia et hystérectomie.* Réunion obst. de Montpellier, février 1924.
- HIBEMONT-DESSAIGNE et LE LORIER. — *Opération césarienne au cours du travail chez une primipare présentant une hémorragie par I. V. P.* « *Ann. Gyn. et Obst.* », 1911.
- ROUVÉ. — *A propos du traitement du pl. praevia.* Société d'Obst. de Strasbourg, novembre 1921.

- SCHICKELE (Strasbourg). — *Des interventions obst. et chirurgicales pendant l'accouchement.* « Gyn. et Obst. », 1920, tome I.
- SELLHEIM. — *Die Gefahren der natürlichen Geburst Besbebingen bei Placenta Praevia.* « Zentralblatt für Gyn. », mai 1924.
- *Sur le traitement du pl. pr.* « Hegars Bertrage », XIII.
- *L'hémostase pendant le travail dans le placenta praevia.* « Gyn. Rundschau », 1909.
- STIN. — *Placenta praevia et césarienne vaginale.* « Journal Med. Associat. », 1909.
- THÉLIN. — *Le traitement du placenta praevia.* « Revue Méd. Suisse Romande », février 1921.
- TZANG. — *Le transfusion sanguine.* « Bull. Soc. Nat. Chirurg. », 1931.
- *Traitement des hémorragies graves.* Comptes rendus Acad. des Sciences, janvier 1930.
- VAN ROVY. — Discussion au Congrès de Paris, 1921.
- VAUVERTS et PAUCOT. — *Opération césarienne et placenta praevia.* Réunion nobst. de Lille, juillet 1919.
- VEIT. — Discussion au Congrès de Londres, 1913.
- WALINSKY. — *Rupture de la matrice pendant l'accouchement sept ans après l'opération césarienne.* « Gyn. et Obst. », t. VIII.
- WHITEHOUSE-BECKWITH. — *Caesarean section in the treatement of placenta praevia.* « Journal of Obst. and Gyn. of the British Empire », 1921.
- ZWEIFEL. — *Sur les dangers et sur le traitement du placenta praevia.* « Müncher medizinische Wochenschrift », 1907, n° 48.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre I. — Etude et critique des diverses méthodes de trai- tement des hémorragies par insertion basse de placenta	13
Chapitre II. — Résultats obtenus de M. le Professeur agrégé Metzger, par l'emploi des dif- férents procédés	29
Chapitre III. — Observations	45
Conclusion	81
Bibliographie	85

